

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Ramona Sant`Ana Maggi de Moraes

**Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados
na População Adulta de Florianópolis.**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira
de Oliveira.

Florianópolis

2010

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

M827p Moraes, Ramona Sant Ana Maggi de
Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores
associados na população adulta de Florianópolis
[dissertação] / Ramona Sant Ana Maggi de Moraes ;
orientador, Walter Ferreira de Oliveira. - Florianópolis,
SC, 2010.

124 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Doenças mentais. 3. Epidemiologia.
I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados na População Adulta de Florianópolis”

AUTOR: *Ramona Sant'Ana Maggi de Moraes*

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

(Presidente)

Profa. Dra. Marílisa Berti de Azevedo Barros

(Membro)

Profa. Dra. Maria Cristina Mariano Calvo

(Membro)

Prof. Dr. Antônio Fernando Boing

(Suplente)

Aos meus pais Fátima e Luiz por sempre incentivarem e possibilitarem meus estudos, mostrando que o bem mais precioso que temos na vida é o conhecimento! Ao meu irmão Luiz Francisco por me fazer aceitar e entender as diferenças entre as pessoas.

Ao meu companheiro de vida Miguel, por termos firmado um caminho juntos... Obrigada por todos os momentos... Te amo!

AGRADECIMENTOS

As “filhas” Tequila e Noah que são nossas eternas companheiras para o que der e vier!

Ao meu orientador, Prof. Walter Ferreira de Oliveira, por acreditar em mim, permitindo-me grande autonomia no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Marco Aurélio de Anselmo Peres por ter contribuído academicamente com este trabalho desde a qualificação até a análise dos dados e na confecção do artigo.

Novamente ao Prof. Marco Aurélio de Anselmo Peres por ter sido o responsável pelo projeto *EpiFloripa Adulto 2009*, conduzindo brilhantemente nosso grupo.

Aos professores, amigos e pais Alexandra e Antonio Boing...Muito obrigada por se fazerem presente na minha caminhada pela UFSC e por terem se tornado da família!

Aos colegas pós-graduandos do *EpiFloripa* por toda a vivência e troca de conhecimentos que tivemos no decorrer do projeto.

Agradeço às entrevistadoras do *EpiFloripa* por realizarem com dedicação seu trabalho e a população de Florianópolis que receberam as entrevistadoras e participaram do estudo, permitindo que os dados existissem.

Ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, pela bolsa de estudos concedida durante o curso.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial à professora Cristina Calvo, pela convivência durante os quatro semestres de estágio de docência.

Por fim aos colegas da turma 2008.2 de mestrado, em especial a Ale, Fer, Maruí e Kléber...vocês são muito especiais!!! E aos colegas de outras turmas que acompanharam a trajetória...

“Muitos dos fracassos da vida ocorrem com pessoas que não perceberam o quão perto estavam do sucesso no momento em que desistiram”.

Thomas Edison

MORAES, Ramona Sant Ana Maggi de. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados na População Adulta de Florianópolis. 124f. Dissertação. (Mestre em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2010.

RESUMO

Nas últimas décadas, tem crescido a importância atribuída a estudos epidemiológicos psiquiátricos com delineamento transversal por determinarem a frequência dos transtornos, as características associadas a variações, bem como por sua relevância tanto nas decisões políticas em saúde mental, no direcionamento da assistência médica na atenção básica e especializada de saúde, bem como para avaliar a efetividade das ações desenvolvidas, além de proporcionarem uma compreensão mais ampla das consequências diretas e indiretas destes agravos para o funcionamento individual, familiar e social da pessoa afetada. Desta maneira o presente estudo objetivou investigar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e uso de serviços de saúde na população adulta de Florianópolis, Brasil. Os dados são oriundos da pesquisa *EpiFloripa Adulto 2009*, um estudo transversal de base populacional que investigou a saúde e as condições de vida da população na faixa etária de 20 a 59 anos da zona urbana de Florianópolis. O desfecho investigado foi rastreado através do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que é composto por 20 questões do tipo sim/não. O ponto de corte adotado foi de 8 ou mais respostas positivas para ambos os sexos. Realizou-se estatística descritiva de cada variável selecionada e, calculados os respectivos intervalos de confiança de 95%, foi utilizada regressão de Poisson, conduzidas análises bruta e multivariável para estimação de razões de prevalência como medida de associação, calculados os respectivos intervalos de confiança de 95% e o nível de significância foi testado por meio dos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear através do programa estatístico STATA 9. Obteve-se uma prevalência de TMC de 15,2% (IC95%: 12,9-17,5) sendo significativamente mais alta, após análise ajustada, no sexo feminino (RP: 2,7; IC95% 2,1-3,4), cor da pele preta (RP: 1,7; IC95% 1,3-2,2), pessoas que estudaram 4 anos ou menos (RP: 2,0; IC95% 1,4-2,8), aqueles no primeiro tercil de renda (RP: 1,6; IC95% 1,2-2,2), divorciados/separados/viúvos (RP: 1,5; IC95% 1,1-1,9), não praticantes de atividade física no lazer (RP: 1,6; IC95% 1,3-2,1), fumantes (mais de

20 cigarros por dia) (RP: 2,6; IC95% 1,7-3,8), aqueles que avaliaram sua saúde negativamente (RP: 2,5; IC95% 2,0-3,1), quem têm pelo menos uma doença crônica (RP: 2,7; IC95% 1,8-3,9), quem consultou com o médico nos 15 dias anteriores a entrevista (RP: 1,3; IC95% 1,1-1,6) e quem teve internação hospitalar nos 12 meses anteriores a entrevista (RP:1,5; IC95% 1,1-2,0). Espera-se que estes resultados contribuam para o entendimento qualificado do problema, por parte dos profissionais e gestores, e que reflita na prática da programação e do planejamento das ações intersetoriais relacionadas à saúde mental no município de Florianópolis.

Palavras-chave: Transtornos Mentais Comuns; epidemiologia; estudos transversais.

MORAES, Ramona Sant Ana Maggi de. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors in the Adult Population of Florianópolis. 124 f. Dissertation (Master's Program in Public Health). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

In recent decades, has increased the importance attached to psychiatric epidemiological cross-sectional by determining the frequency of disorders, the characteristics associated with variations as well as its relevance for both policy-making in mental health, in the direction of health care in primary care and specialized health and to evaluate the effectiveness of actions taken, and provide a broader understanding of direct and indirect consequences of these health problems for the functioning individual, family and social life of people affected. Thus this study aimed to investigate the prevalence of common mental disorders (CMD) and its association with demographic, socioeconomic, health-related behaviors, health status and use of health services in the adult population of Florianópolis, Brazil. The data are derived from research *EpiFloripa Adult 2009*, a population-based cross-sectional study that investigated the health and living conditions of the population aged 20-59 years from urban area of Florianópolis. The outcome studied was tracked through the instrument Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), which consists of 20 questions such as yes / no. The cut-off point was set at 8 or more positive responses for both sexes. We performed descriptive statistics for each selected variable, and calculated the confidence intervals of 95% was used Poisson regression, crude and multivariate analysis conducted to estimate prevalence ratios as a measure of association calculated the confidence intervals of 95% and significance level was tested by means of Wald tests for heterogeneity and linear trend through the statistical program STATA 9. We found a prevalence of CMD was 15.2% (95%CI 12.9-17.5) was significantly higher, after adjustment, in females (PR 2.7; 95%CI 2.1-3.4), black skin color (PR 1.7 95%CI 1.3-2.2), who studied four years or less (PR 2.0 95%CI 1.4-2.8) low income (PR 1.6, 95%CI 1.2-2.2), divorced / separated / widowed (PR 1.5 95%CI 1.1-1.9) were not engaged in physical activity at leisure (PR 1.6 95%CI 1.3-2.1), smoking (more than 20 cigarettes per day) (RP 2.6 95%CI 1.7-3.8), those who rated their health negatively (RP 2.5 95%CI 2.0-3.1), who have at least one chronic disease (PR 2.7 95%CI 1.8-3.9), who consulted with a doctor within 15 days preceding the interview (PR 1.3 95%IC 1.1-1.6) and who was

hospitalized in the 12 months preceding the interview (PR 1.5 95%IC 1.1-2.0). It is hoped that these findings will contribute to the understanding of the problem described by the professionals and managers, and that reflects the practice of programming and planning of intersectoral actions related to mental health in the city of Florianopolis.

Keywords: Common Mental Disorders; epidemiology; cross sectional studies.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A dissertação intitulada “Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados na População Adulta de Florianópolis” insere-se na linha de pesquisa em Saúde Mental, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e está estruturada em duas partes.

A Parte I abrange a introdução do estudo, revisão bibliográfica sobre a nosologia psiquiátrica e modelos diagnósticos em psiquiatria, chegando ao conceito de Transtornos Mentais Comuns, sua abordagem em inquéritos populacionais e importância para saúde coletiva. Ainda compõem esta primeira parte, os objetivos da pesquisa, hipótese, metodologia e anexos. Este último se refere a materiais confeccionados para utilização no *EpiFloripa Adulto 2009*.

Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados na Parte II em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O manuscrito científico produzido será posteriormente traduzido para a língua inglesa e submetido à revista científica *Qualis A Internacional “Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”*. O comprovante de submissão do manuscrito torna-se requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

LISTA DE QUADROS

Quadro	Título	Página
Quadro 1	Blocos do instrumento da pesquisa <i>EpiFloripa Adulto 2009</i> .	65
Quadro 2	Definição das variáveis independentes coletadas quanto à sua natureza e categorias.	67

LISTA DE FIGURAS

Figura	Título	Página
Figura 1	Os Níveis e Filtros em Saúde Mental.	39
Figura 2	Modelo teórico hierarquizado da determinação dos Transtornos Mentais Comuns.	60

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
Tabela 1	Valores de mediana, média, mínimo e máximo para o Erro Técnico de Medida relativo das entrevistadoras (n=10).	69

LISTA DE SIGLAS, SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E TERMOS TÉCNICOS

APA	- Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	- Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
CIDI	- <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (Entrevista Internacional de Diagnóstico)
CIS	- <i>Clinical Interview Schedule</i> (Entrevista Clínica Estruturada)
DSM	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
<i>et al.</i>	- E colaboradores
ETM	- Erro Técnico de Medida
GHG	- <i>General Health Questionnaire</i> (Questionário de Saúde Geral)
QSG	- Questionário de Saúde Geral
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	- Intervalo de Confiança
kg	- Quilograma

km ²	- Quilômetro quadrado
mm	- Milímetro
n	- Tamanho da amostra
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PASSR	- <i>The Patient Symptom Self Report</i> (O Sintoma Auto-Referido pelo Paciente)
PGI	- <i>Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2</i> (Questionário da Saúde do Instituto de Pós-Graduação)
PSE	- <i>Present State Examination</i> (Exame do Estado Presente)
QMPA	- Questionário para Morbidade Psiquiátrica para Adultos
RP	- Reforma Psiquiátrica
R\$	- Reais – Moeda brasileira
SRQ	- <i>Self-Reporting Questionnaire</i> (Questionário Auto-Respondido)
TMC	- Transtornos Mentais Comuns
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	- Unidade Local de Saúde
%	- Porcentagem/porcento
+	- Mais
≥	- Maior ou igual
≤	- Menor ou igual

SUMÁRIO

PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	27
1. Introdução	28
2. Revisão da Literatura	33
2.1. Nosologia Psiquiátrica	33
2.2. Modelos Diagnósticos de Transtornos Mentais	36
2.3. 2.3 Transtornos Mentais Comuns	38
2.4. Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns	43
2.5. Estudos Epidemiológicos em Saúde Mental	46
2.6. Instrumento para detecção de Transtornos Mentais Comuns	50
3. Objetivos	55
3.1. Geral	55
3.2. Específicos	55
4. Hipótese	57
5. Modelo Teórico	59
6. Métodos	61
6.1. Local do estudo	61
6.2. População do estudo	61
6.3. Delineamento do estudo	62
6.4. Amostra	62
6.5. Critérios de perda/exclusão	64
6.6. Instrumento de coleta de dados	65
6.7. Variáveis em estudo	66
6.8. Equipe de trabalho – Logística	68
6.9. Processamento e análise dos dados	71
7. Aspectos Éticos e Financiamento	73
REFERÊNCIAS	75
ANEXO A - SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire)	85
ANEXO B - Recusa / Semanal – <i>EpiFloripa</i>	88
ANEXO C - Carta de Apresentação do EpiFloripa Adulto 2009	89
ANEXO D - Manual de Orientações (SRQ – 20)	90
ANEXO E - Formulário de Controle de Qualidade	91
ANEXO F - Formulário de Solicitação do Banco de Dados	92
ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO	95

PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1. Introdução

As análises sobre a realidade brasileira demonstram as transformações nos planos demográficos, econômico e social, as quais indicam os avanços de uma sociedade que intensificou o industrialismo e seus elementos construtivos: processo migratório campo-cidade e desenvolvimento do meio urbano com suas necessidades inerentes, (Mello, Mello, Kohn et al. 2007) sem contrapartida equivalente de adequação da infra-estrutura, gerando enormes desigualdades sociais e concentrando, principalmente nas áreas metropolitanas, grandes parcelas da população em precárias condições de vida (CNDSS 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO 2001), a prevalência e o impacto dos transtornos mentais foram, por muito tempo, subestimados. Em muitas regiões do mundo a saúde mental é ainda negligenciada e ocupa uma ordem de prioridade menor no plano sanitário, embora se tenha conhecimento de que os transtornos mentais constituem um problema de saúde pública por terem elevada prevalência, por serem pouco diagnosticados, frequentemente tratados de forma inadequada, por trazerem incapacitação e prejuízo importante para a vida das pessoas e por terem repercussões socioeconômicas catastróficas, além da tendência de suas consequências aumentarem em razão do envelhecimento da população, do agravamento dos problemas sociais e da desestabilização civil.

Tentando fazer uma estimativa sobre a prevalência dos transtornos mentais em adultos no Brasil, os autores Mello, Mello, Kohn et al. (2007) basearam-se em estudos brasileiros e internacionais, mostrando um país com um número elevado de portadores de transtornos mentais: de 32 a 50 milhões de brasileiros têm algum transtorno mental. No Brasil, dados estimados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2005 (Brasil 2003), que se apresentam como os mais recentes, mostram que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. Cerca de 10 a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisa de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem (Brasil 2005).

Segundo a OMS, aproximadamente 90% dos casos de transtornos mentais são transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes (WHO 2001, Mari & Williams 1985). A sintomatologia destas três categorias diagnósticas representadas através de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, caracterizam a expressão criada por Goldberg & Huxley em 1992 denominada de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Goldberg & Goodyer 2005).

Os Transtornos Mentais Comuns, frequentes em serviços de saúde de todo mundo (Goldberg & Goodyer, 2005) causam duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde que não apresentam TMC (Araújo, Pinho & Almeida 2005), assim como prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas (Lopes, Faerstein & Chor 2003), além de serem uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária (Patel & Kleinman 2003).

Os autores Mello, Mello, Kohn et al. (2007), pontuam que oferecer cuidados e tratamentos para os portadores de transtornos mentais é um problema maior de saúde pública. Apesar dos avanços para criar esta rede de cuidados que vêm se conseguindo através do processo de Reforma Psiquiátrica (RP), fica claro que o número de serviços é ainda muito pequeno. Em um país com uma estimativa de mais de 10 milhões de portadores de doença mental severa e mais de 5 milhões com doença mental persistente, 689 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 357 moradias terapêuticas (com 2.850 moradores) aliados a 1.749 pessoas beneficiadas pelo projeto de volta para casa, cria-se a relação de que a Reforma em cerca de 30 anos de história somente beneficiou uma parcela da população que necessita de assistência (Mello, Mello, Kohn et al. 2007).

Nesse sentido, as informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, a programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde (Malta et al. 2008). As informações oriundas das fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde são fundamentais, mas insuficientes para responder às necessidades da gestão. Daí a importância crescente de inquéritos populacionais, que permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em uma população, com atualização periódica e

comparações sequenciadas no tempo e entre áreas geográficas (Malta et al. 2008).

Para os autores Malta et al. (2008), uma dimensão importante dos inquéritos refere-se à possibilidade de correlacionar os agravos e problemas de saúde com as condições sócio-ambientais e mesmo com a percepção do estado de saúde pelos indivíduos, permitindo a descrição e quantificação das iniquidades em saúde, tanto relacionadas à ocorrência de doenças quanto à exposição a riscos. Problemas de saúde menos graves ou pouco sintomáticos, bem como a identificação de grupos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem ser também identificados por meio destes estudos.

Nos últimos tempos, tem crescido a importância atribuída a estudos epidemiológicos psiquiátricos com delineamento transversal por determinarem a frequência dos transtornos, as características associadas a variações, bem como por sua relevância tanto nas decisões políticas em saúde mental, no direcionamento da assistência médica na atenção básica e especializada de saúde, bem como para avaliar a efetividade das ações desenvolvidas. Tais estudos têm proporcionado também uma compreensão mais ampla das consequências diretas e indiretas destes agravos para o funcionamento individual, familiar e social da pessoa afetada (Mello, Mello, Kohn et al. 2007).

Neste contexto, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolveu-se através do núcleo de Epidemiologia o projeto *EpiFloripa Adulto 2009*, um inquérito populacional com o objetivo de investigar a saúde e as condições de vida da população adulta (20 a 59 anos) do município de Florianópolis.

Como a ausência de textos que descrevam a situação atual da saúde mental no Brasil ainda demonstra a necessidade de uma avaliação mais precisa e atual, levando-se em conta as diferenças regionais e entre as várias camadas da população, foi incluído como um dos objetos de pesquisa no *EpiFloripa* os Transtornos Mentais Comuns, pelo fato de não terem sido conduzidos estudos que abordassem este tema no município de Florianópolis.

Através de uma amostra significativa da população, os resultados encontrados representam a realidade do município, desta forma espera-se contribuir com um melhor entendimento por parte dos profissionais de saúde em relação aos Transtornos Mentais Comuns e fatores que se associam a eles, na organização de serviços que atendam à comunidade

e no planejamento de políticas públicas que consigam atingir a magnitude deste agravo.

2. Revisão da Literatura

2.1. Nosologia Psiquiátrica

Na Grécia antiga, desde o século V a.C., Hipócrates buscou estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais. Palavras como histeria, mania e melancolia eram usadas para caracterizar algumas delas.

Entretanto, o primeiro sistema de classificação abrangente e de cunho científico surgiu com os estudos de Emil Kraepelin (1856-1926), que atribuiu a diversos distúrbios mentais a denominação de demência precoce – posteriormente chamada de esquizofrenia por Bleuler. Paralelamente, Freud, em 1895, destacava da neurastenia uma síndrome, denominada neurose de angústia, que passou a ser classificada e estudada juntamente com outros tipos de neurose: hipocondríaca, histérica, fóbica e obsessivo-compulsiva. Esta terminologia perdurou até os anos 80, do século 20 (Matos, Matos & Matos 2005).

Como salienta Lopes (2001), os conceitos de entidades nosológicas que foram se firmando, mais solidamente com Kraepelin, Freud e Schneider, entre outros, não foram estabelecidos arbitrariamente. Eles são produtos de todo um acúmulo de observações, reflexões e relacionamentos com pacientes.

Em 1891 o "Instituto Internacional de Estatística" formou uma Comissão para preparar uma classificação de causas de morte que ficou conhecida como "Classificação das Causas de Morte de Bertillon". Esta classificação foi adotada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística e recomendado o seu uso internacionalmente. A partir da sexta revisão em 1948, em uso a partir de 1950, a responsabilidade pelos trabalhos de revisão, publicação e divulgação da Classificação Internacional de Doenças, passou a ser da Organização Mundial de Saúde que visava classificar morbidade além de mortalidade. A nona revisão, e principalmente a décima, a partir de 1993, foram classificações mais voltadas para morbidade, dificultando o uso para mortalidade, devido ao grande número de especificações, tanto que o próprio nome da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças) passou a ser "Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde" (Laurenti 1991).

O Capítulo V da CID-10 dedica-se exclusivamente às perturbações mentais e comportamentais. Além de denominar doenças e perturbações, como os demais capítulos, inclui descrições clínicas e

diretrizes para diagnóstico, bem como os critérios de diagnóstico para investigação.

As grandes categorias de perturbações mentais e comportamentais contempladas na CID-10 são as seguintes: Perturbações mentais orgânicas, inclusive as sintomáticas; Perturbações mentais e comportamentais devido ao abuso de substâncias psicoativas; Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes; Perturbações do humor (ou afetivas); Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o estresse e perturbações somatoformes; Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; Perturbações da personalidade e do comportamento do adulto; Atraso mental; Perturbações do desenvolvimento psicológico; Perturbações do comportamento e perturbações emocionais que aparecem habitualmente na infância e na adolescência; e Perturbação mental não especificada (WHO 1993).

Do ponto de vista conceitual tem sido feitas algumas restrições à CID-10, particularmente quanto ao fato de que segue um esquema "biologicista" e por não apresentar nenhum compromisso quanto a ser um instrumento que favorece uma análise mais profunda do processo saúde-doença (Laurenti 1991). Nesse sentido os autores Breilh & Granda (1985) consideram que não se pode negar a validade da CID para a clínica e, particularmente, para algumas áreas da administração em saúde, porém, questionam a adoção deste instrumento como o padrão para estudo do processo saúde-doença. Para eles a observação do processo saúde-doença, sob o ângulo da epidemiologia, não se limita apenas a verificação das alterações epidemiológicas ou psíquicas em uma série de indivíduos, afirmando que uma das categorias básicas para estabelecer uma classificação epidemiológica é a classe social. Comentando o que dizem Breilh & Granda, Avilan-Rovira (1989) defende que para efeitos de avaliação e vigilância, bem como para outros aspectos de promoção da saúde, o que se requer é a identificação da doença, objetivo que a CID satisfaz plenamente.

Alguns questionamentos em relação à Classificação Internacional de Doenças são no sentido de que ela não satisfaz as necessidades para informações de um nível de assistência primária, onde é atendida grande proporção dos problemas de saúde. Avilan-Rovira (1989) argumenta que ninguém discute o fato de que a CID não é adequada para as estatísticas de assistência primária, embora considere que uma grande proporção da demanda ao nível primário de assistência não pode descrever-se em termos de doença, e que muitos dessas características

da demanda são expressos através de sintomas, sinais ou suas combinações, dificultando sua categorização em uma classificação baseada principalmente em doenças.

No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do “Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais” (DSM-I), as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1994 (DSM-IV) e 2000 (DSM – IV – TR), foram revistas, modificadas e ampliadas.

Segundo Matos, Matos & Matos (2005), o DSM-III (1980) foi o mais revolucionário de todos os manuais e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna. Novas categorias diagnósticas foram descritas, muitas palavras passaram a ser evitadas e foi instituída a hierarquização dos diagnósticos, onde era atendida a velha máxima da medicina que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente. Em 1987, com a publicação da edição revisada DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida e o manual passou a incentivar a feitura simultânea de dois ou mais diagnósticos em um mesmo paciente.

O DSM-IV-TR, edição traduzida e revisada, é a sexta versão deste manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela APA e que se correlaciona com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, referentes ao Capítulo V, da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde. O DSM-IV-TR é um sistema classificatório multiaxial organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos: transtornos clínicos propriamente ditos; retardo mental; condições médicas gerais; problemas psicossociais e ambientais e por último, escala de avaliação global de funcionamento.

Para Gomes, Gomes & Gomes (2005) as principais características do DSM-IV são: descrição dos transtornos mentais; definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos; modelo ateuico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos; descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes; busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; incentivo à pesquisa.

O diagnóstico em psiquiatria é na maioria dos casos “sindrômico” (conjunto de sinais e sintomas), pois não se dispõe de elementos suficientes que levem a correlações etiológicas precisas. Por esta razão, a partir da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Terceira Edição (DSM-III) o termo “doença mental” passou a ser evitado, sendo utilizado “transtorno mental”, justamente para não suscitar tais questões etiológicas (Matos, Matos & Matos 2005), conceito que será considerado no decorrer deste trabalho.

As diferenças entre os critérios diagnósticos dos dois manuais refletem, entre outras coisas, o fato de o DSM-IV se destinar também à pesquisa, enquanto que a CID-10 se destina à aplicação clínica. Além disso, a composição política da CID-10 é bem mais complexa, por querer abarcar todo o mundo, e não apenas um país (Lopez & Frances 1994).

Os tradicionais manuais diagnósticos, o DSM-IV-TR e a CID-10, constituem-se como as referências oficiais para o diagnóstico dos transtornos mentais e foram criados, segundo Fortes (2004), para níveis assistenciais mais especializados do que a comunidade ou as unidades de atenção primária, isto é, para serviços especializados em saúde mental.

O termo, Transtornos Mentais Comuns, objeto de estudo desta pesquisa, não está presente como uma categoria diagnóstica em nenhum dos dois manuais, DSM-IV e CID-10, por se tratar de um conceito que engloba e reconhece sintomas que se relacionam com diferentes categorias diagnósticas destes manuais em um único indivíduo.

2.2. Modelos Diagnósticos de Transtornos Mentais

Ambos DSM-IV e CID-10 são os manuais que relacionam critérios específicos, permitindo o estabelecimento de uma classificação diagnóstica para os transtornos mentais e caracterizam-se como um modelo categorial, se opondo, a outro, dito dimensional, como apresentado em seguida.

O modelo categorial admite, no seu bojo, a inclusão de entidades comórbidas embora distinga também o transtorno primário, que ocorre primeiro em sequência temporal, do secundário (dando preferência por um diagnóstico principal) e considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de qualidade, distintos para cada um dos transtornos (Matos, Matos & Matos 2005).

O termo comorbidade foi usado por Feinstein em 1970 para significar “qualquer entidade clínica distinta adicional que existe ou pode ocorrer durante o curso clínico de uma determinada doença” (Moreno & Moreno 1997).

Para Matos, Matos & Matos (2005), os modelos categoriais expressos nos manuais, cumprem seus objetivos: ao possibilitar na prática clínica o reconhecimento do sofrimento do indivíduo, confirmado pelo diagnóstico; e permitindo, através de estudos que acarretam na revisão dos manuais, a readequação das categorias diagnósticas, fazendo com que a abordagem terapêutica também seja modificada. Os mesmos autores descrevem duas desvantagens deste modelo. A primeira se refere à produção de uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais, fazendo com que muitos pacientes precisem receber simultaneamente inúmeros diagnósticos, já que os sintomas ultrapassam os limites rígidos propostos pelos manuais, mesmo que as listas dos sintomas não contemplem todas as queixas apresentadas pelos pacientes na prática clínica. A segunda dificuldade diz respeito ao profissional que vai utilizá-los. Muitos sintomas são superpostos a diversos quadros clínicos, e a decisão de sua origem, ou de qual estado eles fazem parte, deriva exclusivamente de um julgamento clínico (Matos, Matos & Matos 2005, Mari & Jorge 1997).

Para Goldberg & Goodyer (2005), os modelos categoriais dos transtornos mentais existem porque eles facilitam projetos, porque os clínicos precisam deles para a prescrição de medicamentos, assim como porque os sistemas de saúde e seus administradores precisam planejar suas ações em saúde e nos serviços.

Enquanto os diagnósticos dos manuais de classificação psiquiátrica representam modelos categoriais que são eminentemente sindrômicos, isto é, se baseiam em coleções de sinais e sintomas observados pelos clínicos, o conceito de Transtornos Mentais Comuns representa um modelo dimensional, que se baseia na relação entre os sintomas individuais, sem referências a coleções de sinais e sintomas e às normas estritas dos manuais diagnósticos. Neste modelo admite-se que o indivíduo possa ter sintomas de várias categorias - por isso “dimensão” - não limitando o indivíduo a um conjunto principal de sintomas e não desconsiderando outros que eventualmente possam ser encontrados. (Goldberg & Goodyer 2005).

Akiskal é o autor contemporâneo que melhor tem estudado a hipótese do relacionamento dimensional entre os transtornos de personalidade e do humor e seus estudos se basearam no pensamento de

Platão e na visão holística do homem, descrevendo o transtorno mental como sendo uma disfunção única, que se expressa de forma variada (Moreno & Moreno 1997, Anderson et al. 1996).

Os sintomas da depressão – segundo a escola de Akiskal, por exemplo –, quando típicos, estão situados no extremo de um continuum, do qual faz parte a ansiedade, que, por sua vez, na sua forma pura, situa-se no outro extremo. Os transtornos intermediários estariam representados pelos quadros de sintomatologia mista, onde os sintomas de depressão e ansiedade se misturam e se superpõem das mais diversas maneiras. Assim, no modelo dimensional, ao contrário do modelo categorial, a depressão e a ansiedade são consideradas a expressão de uma mesma e única patologia (Matos, Matos & Matos 2005). Para os mesmos autores, os quadros clínicos, sob a ótica do modelo dimensional, são decorrentes de alterações de quantidade, que se expressam conforme o seu grau de intensidade, ao contrário do que propõe o modelo categorial, já mencionado.

Goldberg e Goodyer (2005) defendem que ambas as abordagens são indispensáveis: a dimensional para entender o “homem integral em seu estado de doença”, a outra para nos alertar sobre cursos previstos em transtornos determinados e sobre a disponibilidade dos tratamentos adequados a cada categoria.

Os modelos dimensionais facilitam o estudo de sintomas que tendem a aparecer juntos. Para Goldberg & Goodyer (2005), muitos dos transtornos observados em comunidades ou em serviços primários de saúde são relativamente mistos e combinam sintomas depressivos, ansiosos e queixas somáticas.

Diversas pesquisas clínicas envolvendo psiquiatras e psicólogos têm sido levadas adiante no sentido de reconhecer e agrupar os sintomas que não são típicos, mas que se misturam ou encobrem o quadro principal e não estão presentes nas listas dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, aproximando os modelos categoriais e dimensionais. Tais modelos híbridos, que buscam conciliar os dois modelos, são perspectivas promissoras para o desenvolvimento da psiquiatria (Matos, Matos & Matos 2005).

2.3. 2.3 Transtornos Mentais Comuns

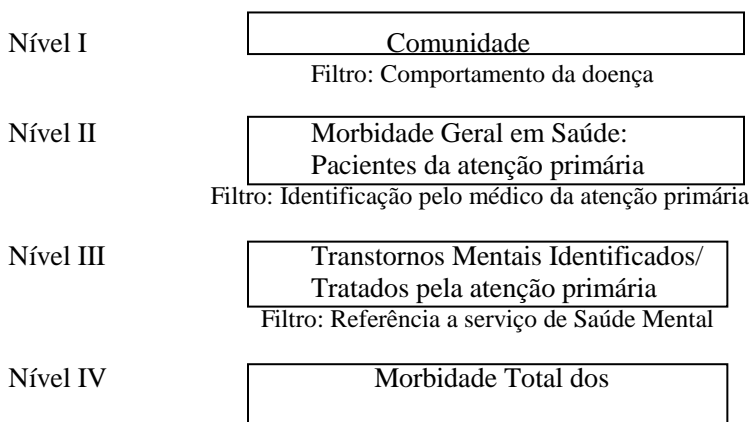
Para a Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10), o transtorno mental é definido como “um conjunto de sintomas e comportamentos clinicamente reconhecíveis e associados, na

maioria dos casos há sofrimento para o indivíduo ou interferência em seu funcionamento pessoal” (WHO 1993).

O conceito de Transtornos Mentais Comuns (TMC) sistematizado por Goldberg & Huxley em 1992 é definido por manifestações de perturbação que se caracterizam pela presença de sintomas tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração ou outras manifestações que poderiam indicar quadros que estão representados nos manuais de classificação diagnóstica como sintomas depressivos ansiosos ou somatoformes, incluído o uso de álcool e drogas. Com exceção destes dois últimos, uso de álcool e drogas e sintomas somáticos, as duas grandes dimensões que constituem os TMC são os sintomas de ansiedade e de depressão (Goldberg & Goodyer 2005).

É preciso considerar que a intensidade do sofrimento, assim como a gradação entre os transtornos mentais é variável. Godberg e Goodyer (2005) enumeram os cinco níveis distintos em que as morbidades psiquiátricas se manifestam. Esses níveis são crescentes em relação ao grau de especialização de assistência, que inicia na comunidade, chegando até a internação psiquiátrica. O nível de gravidade dos transtornos mentais também aumenta à medida que os níveis vão ascendendo, isto é, quanto mais grave um transtorno mental, mais ele tende a ascender em nível de especialização nos serviços, até chegar aos hospitais psiquiátricos. A transposição de um nível para outro se dá por filtros, que tem o papel de reconhecimento de um sofrimento mental, por parte do sujeito ou por profissionais de saúde.

A figura 1 reproduz os cinco níveis e os quatro filtros na passagem de um nível para outro (Goldberg & Goodyer 2005).



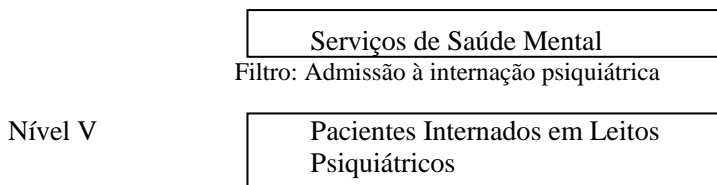


Figura 1. Os Níveis e Filtros em Saúde Mental

Pacientes que procuram os serviços de atenção primária com queixas sintomáticas difusas, típicas dos TMC, são diferentes dos pacientes das unidades especializadas em saúde mental. Os pacientes que estão nos níveis 1 e 2, isto é, na comunidade ou nas unidades de atenção primária, apresentam quadros mais leves, principalmente com sintomatologia depressiva e ansiosa associadas às queixas somáticas, com difícil enquadramento nas classificações nosológicas clássicas. No entanto, o sofrimento dos sujeitos e os prejuízos sociais, mentais e laborativos não são menores (Araújo, Pinho & Almeida 2005, Maragno et al. 2006, Lopes, Faerstein & Chor 2003, Patel & Kleinman 2003), bem como suas necessidades de atendimento e acolhimento (Fortes 2004).

Os Transtornos Mentais Comuns, frequentes em serviços de saúde de todo mundo (Goldberg & Goodyer 2005) causam duas vezes mais queixas de doenças físicas do que nos usuários de serviços de saúde que não apresentam TMC (Araújo, Pinho & Almeida 2005), assim como prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas (Lopes, Faerstein & Chor 2003), além de serem uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária (Patel & Kleinman 2003).

A base categorial do atual sistema de classificação em psiquiatria é apontada por Fortes (2004) como uma das possíveis razões para a inadequação dos critérios diagnósticos tradicionais às pessoas que apresentam transtornos mentais e que buscam atendimento na atenção básica. A autora apresenta três problemas desse tipo de classificação para estas pessoas: os transtornos subliminares (formas menos sintomáticas de transtornos, subsindrômicas), a presença frequente de comorbidades e a inadequação das classificações categoriais para os pacientes chamados de somatizadores.

Os transtornos subliminares implicam no comprometimento da qualidade de vida dos pacientes, sem que, no entanto, sejam classificados nos diagnósticos estritos dos manuais psiquiátricos. Tal fato pode se desdobrar em subestimação do problema tanto a nível

individual (na assistência), quanto a nível coletivo (na criação de programas de cuidado para este agravo).

A alta prevalência de comorbidades, para Fortes (2004: 16), “sugere que a morbidade psiquiátrica se distribui em um *continuum*, englobando os diversos transtornos, mais do que entre categorias separadas. Isto reforça a hipótese de que a metodologia de classificação esteja inadequada e que os modelos dimensionais seriam melhores na classificação dos transtornos mentais, mais do que os categoriais, tão caros ao modelo biomédico tradicional.”

Segundo Fonseca, Guimarães & Vasconcelos (2008), como os TMC se apresentam principalmente através de queixas somáticas inespecíficas, é alta sua prevalência na atenção básica, visto que esta é a primeira porta para a demanda de atenção em relação a essas manifestações de sofrimento. Para a autora, tais queixas inespecíficas e seus sintomas associados se fazem notar pelo sistema de saúde como primeiramente um sofrimento somático, seja porque aquilo que é físico ou corporal tem mais legitimidade como sofrimento real (tanto para parte dos profissionais de saúde como para a população), seja porque essa forma de expressão se relaciona com a representação de doença, de adoecer e de sofrimento das classes populares. Neste sentido, Mari & Jorge (1997) reforçam a idéia de que o paciente apresenta, em geral, sua queixa através de um sintoma orgânico, pois acredita que o médico tem a expectativa de ouvir uma queixa somática ao invés de um problema psicológico.

A apresentação dos Transtornos Mentais Comuns através de queixas somáticas inespecíficas, para Fonseca, Guimarães & Vasconcelos (2008), traz um grande problema para o sistema de saúde: seu correto reconhecimento e diferenciação, principalmente, mas não exclusivamente, para o médico generalista. É muito comum, por exemplo, uma depressão apresentar-se em termos somáticos. Um clínico não preparado tem mais dificuldade em diagnosticar um transtorno mental, quando mascarado pelas queixas somáticas, num certo conluio entre médico e paciente de que a tarefa médica se restringe em afastar patologia orgânica (Mari e Jorge 1997). Segundo Fortes (2004), frequentemente o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como estando associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, grandes usuários de serviços médicos.

A reflexão sobre as queixas somáticas inespecíficas é relevante para os profissionais da atenção básica na medida em que pode ampliar

a compreensão a respeito dos usuários do sistema de saúde que demandam por atenção, embora a caracterização desta manifestação de sofrimento como somatização também seja problemática: em primeiro lugar, pelo fato do termo ser genérico; em segundo pela confusão com o diagnóstico específico transtorno de somatização, um subtipo de transtorno somatoforme, presente nos manuais de classificação psiquiátricas (Fortes 2004).

Para Maragno et al. (2006) e Mari et al. (1987), a dificuldade de diagnóstico dos TMC pelo médico generalista, se desdobra no subdiagnóstico dessas manifestações. O não reconhecimento por parte dos profissionais de um estado de mal-estar amplo desses usuários, com enfoque apenas na queixa somática imediata, implica em gastos com encaminhamentos e exames desnecessários (Fortes 2004). Por outro lado, parte dos usuários identificados como aqueles que apresentam TMC, de fato sofrem com síndromes ansiosas, depressivas ou somatoformes de intensidade moderada ou grave. Tais usuários precisam ser corretamente diagnosticados e tratados, o que implicaria em cuidados em saúde mental na rede básica que pudessem despendar atenção também aos casos considerados de “menor gravidade” pelas políticas de saúde mental (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos 2008).

O Ministério da Saúde considera a existência de um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença: “Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - de saúde mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde. Nesse sentido será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de atenção básica nos grandes e pequenos municípios” (Brasil 2005: 35).

Segundo Fonseca, Guimarães & Vasconcelos (2008) existem muitas críticas dirigidas ao conceito de TMC, ao considerar que o mesmo propõe uma psiquiatrização e medicalização da vida. No entanto, para além da perspectiva medicalizante, se tal conceito for visto como um modo de apreender uma determinada manifestação de sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a

pesquisa e as associações com variáveis socioeconômicas, pode-se enxergar esse conceito como um instrumento que aponta para além da perspectiva medicalizante, caminho que, segundo os autores, as pesquisas estão seguindo ao apontar para a conexão entre este tipo de manifestação de sofrimento e suas relações psicossociais.

2.4. Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns

De acordo com a OMS (WHO 2001), diversos fatores determinam a prevalência, o início e a evolução das perturbações mentais e comportamentais. Estes fatores são sociais e econômicos, fatores demográficos como o sexo e a idade, ameaças graves tais como os conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar.

A literatura tem apontado algumas características que se associam a prevalência de TMC. Estudos transversais em nosso país evidenciaram que os TMC são mais frequentes entre mulheres (Costa et al. 2002, Cesar et al. 2005, Barros et al. 2008, Marin-Leon et al. 2007) negros (Costa et al. 2002, Cesar et al. 2005, Costa & Ludermit 2005), indivíduos com baixa escolaridade (Cesar et al. 2005, Barros et al. 2008, Costa & Ludermit 2005, Ludermit & Melo Filho 2002, Ludermit 2005), pobres (Mari & Williams 1985, Costa et al. 2002, Cesar et al. 2005, Barros et al. 2008, Ludermit & Melo Filho 2002), desempregados (Costa & Ludermit 2005, Ludermit 2005), tabagistas e doentes crônicos (Mari & Williams 1985, Costa et al. 2002, Mari & Williams 1986).

A maior prevalência de TMC no sexo feminino se relaciona com fatores biológicos, como mudanças de humor derivadas de alterações hormonais, por parte do ciclo menstrual e o pós-parto (WHO 2001), embora Coutinho, Almeida-Filho & Mari (1999) afirmem que muitas razões admitidas para o aumento destes agravos entre as mulheres relacionam-se com questões de gênero. O papel tradicional por elas desempenhado na sociedade, as responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no trabalho, além das pressões impostas em virtude do alargamento dos seus papéis e de enfrentarem uma significativa discriminação sexual e a concomitante pobreza, fome, desnutrição, e violência doméstica e sexual, as mantêm em um ambiente de estresse (Lima et al. 1996). Na mesma direção, a pesquisa de Maragno et al. (2006) atribui as diferenças na prevalência

de TMC entre homens e mulheres à dinâmica dos gêneros nas relações de poder, que se desdobram em situações de opressão para as mulheres.

Os autores Goldberg & Goodyer (2005) consideram que a maior prevalência dos TMC em mulheres se deve a alta prevalência de desordens de internalização nas mulheres, tais como manifestações depressivas ou ansiosas e desordens de externalização nos homens, tais como abuso de álcool e drogas ou condutas anti-sociais, sendo assim, os homens não seriam menos propensos a transtornos mentais, mas seriam sim propensos a outras manifestações de sofrimento. Outra hipótese que supostamente justificaria uma maior prevalência de morbidades psiquiátricas não psicóticas entre as mulheres seria o que se chama artefato metodológico (Coutinho, Almeida-Filho & Mari 1999), isto é, as mulheres teriam mais tempo de procurar serviços de saúde, assim como teriam também maior capacidade de percepção dos sintomas. Além disso, a chance de casos falso-negativos entre os homens é maior, quando se trata de triagem em saúde mental (Mari & Williams 1986). Este erro de classificação pode ocorrer porque os homens: 1) costumam associar doença à fraqueza (Mari & Williams 1986); 2) tendem a expressar menos as ansiedades e os sentimentos de tristeza do que as mulheres (Mari & Williams 1986); 3) podem ter mais dificuldades em relatar seus sintomas emocionais na presença de entrevistadores (Lima, Soares & Mari 1999).

Outra característica demográfica que se associa aos TMC é a cor da pele. Pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas já demonstraram que o racismo está relacionado com a perpetuação dos problemas mentais, embora ainda haja relutância, em certos setores da sociedade, neste debate acerca do preconceito racial e étnico no contexto das preocupações sobre saúde mental. A julgar pelos indícios disponíveis, as pessoas que são alvo de racismo por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas já existentes (Spanemberg & Jurueña 2004), indicando que possíveis experiências de discriminação racial, provavelmente vivenciadas por pessoas de minorias étnicas, aumentaria a probabilidade de desenvolver TMC (Krieger et al. 2005), além da cor de pele se relacionar no nosso país com a privação socioeconômica, meios insuficientes de recursos sociais ou educacionais, incluídos renda e nível de escolaridade (Pinheiro et al. 2008).

Em relação aos fatores socioeconômicos, as variáveis renda, escolaridade e inserção produtiva estão intimamente vinculadas entre si e com os TMC. Patel & Kleinman (2003) revisaram 11 estudos

comunitários (3 pesquisas realizadas no Brasil, 1 no Chile, 1 na Indonésia, 1 em Lesotho, 4 no Paquistão e 1 no Zimbábwe) sobre TMC, publicados em periódicos de língua inglesa desde 1990. A associação entre TMC, baixos níveis educacionais e baixa renda apareceram em todos os artigos revisados, independente do nível de desenvolvimento da sociedade.

A insegurança gerada pela instabilidade de renda é apontada por Patel & Kleinman (2003) como um importante fator relacionado aos TMC. A procura de emprego não produz respostas previsíveis, e os vencimentos e a jornada do trabalho informal são determinados pela demanda do mercado ou pela conveniência do empregador, desta forma, a instabilidade do vínculo trabalhista, os baixos salários, a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista são responsáveis pelo desenvolvimento da ansiedade e da depressão entre trabalhadores informais. Desta maneira, a redução do poder de decisão e a incapacidade de influenciar o meio, decorrentes do desemprego e da informalidade, podem ser danosas à saúde psicológica (Possas 1989).

A baixa escolaridade - que geralmente é pano de fundo de papéis profissionais menos qualificados - se desdobra em outras dificuldades, assim como é fruto de uma situação de vulnerabilidade social. O acesso à escola reflete melhor a classe social do que a ocupação e a renda por ser igualmente acessível a homens e mulheres. Além disso, a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, auto-estima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis (Murphy et al. 1991).

É esperado que humor, emoções e julgamentos auto-avaliativos sejam negativamente afetados pela presença de um transtorno mental, pois se associam a uma visão negativa de si e do mundo. Alguns estudos sugerem que os transtornos mentais afetam negativamente e de forma importante a satisfação com a vida e a qualidade de vida de uma forma geral, podendo ter um impacto até maior que doenças físicas (Noel et al. 2006, WHO 2001).

Os comportamentos de saúde se relacionam com a saúde física dos sujeitos, que por sua vez é influenciada pela saúde mental. A saúde mental positiva está associada com: melhoria do sono, exercício físicos, estado nutricional, consumo de álcool e tabagismo (WHO 2001).

Os benefícios físicos e psicossociais resultantes dos padrões adequados de atividade física são confirmados pela literatura científica: aumento da força muscular; melhora do condicionamento

cardiorrespiratório; redução de gordura; melhora do humor e da auto-estima; e redução da ansiedade e depressão (Peluso & Andrade 2005). Por outro lado, os padrões inadequados de sua prática se relacionam com inúmeros agravos, como estado nutricional inadequado verificado pelo aumento da prevalência da obesidade nas últimas décadas; e por ser um dos fatores de risco envolvidos na determinação de um conjunto de doenças crônicas (CDC 2000). Embora estas situações complexas em que um agravo físico traz consequências psicossociais ao nível do indivíduo, da família e da comunidade exigem uma melhor avaliação, a fim de determinar o seu impacto sobre a saúde mental (CDC 2000).

Em relação ao uso de álcool, estudos demonstram que pacientes com transtorno de ansiedade, relatam histórias de dependência de álcool, bem como haja uma co-morbididade entre depressão e indivíduos que fazem uso de álcool e outras substâncias (Zaleski et al. 2006).

Segundo a OMS (WHO 2001), as pessoas que fumam, têm cerca de duas vezes mais probabilidades de desenvolver transtornos mentais. A utilização habitual do tabaco começa entre as pessoas mais jovens, do sexo masculino, com perturbações de déficit de atenção (Lasser et al. 2000) e os indivíduos com sintomas depressivos, presentes nos TMC, têm mais probabilidades de serem tabagistas (Pormeleau et al. 1995). Embora o pensamento tradicional tenha sido o de considerar que as pessoas deprimidas tendem a fumar mais devido aos seus sintomas, indícios mostram que pode ocorrer justamente o contrário. Sejam quais forem as razões, não há dúvida quanto ao fato de que as pessoas com perturbações mentais põem a sua saúde ainda mais em perigo ao fumar excessivamente.

2.5. Estudos Epidemiológicos em Saúde Mental

Desde sua origem, no início do século XX e durante mais de meio século, a epidemiologia psiquiátrica foi marcada por estudos seccionais. Inicialmente, as estimativas de prevalência foram obtidas a partir da população institucionalizada, e estudos comunitários só começaram a ser desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial (Dohrenwend & Dohrenwend 1982).

A história da epidemiologia psiquiátrica tem sido dividida por muitos autores em duas fases distintas (Dohrenwend & Dohrenwend 1982, Klerman 1990). A primeira fase engloba de 1930 a 1960, quando se realizavam estudos epidemiológicos com entrevistas clínicas não padronizadas e questionários com o uso de escalas gerais de agravos. A

maioria dos primeiros estudos de epidemiologia psiquiátrica nos países da América Latina e no Caribe foi realizada no Peru, para demonstrar principalmente as observações descritas por Seguin (1956), que descreveu a “síndrome psicossomática de desadaptação”.

A segunda fase dos estudos epidemiológicos se baseou na elaboração de instrumentos padronizados, entrevistas psiquiátricas e questionários de triagem validados. Os primeiros critérios operativos para diagnósticos psiquiátricos foram elaborados por Feighner (1972) na Universidade de Washington, seguido dos critérios de investigação (Endicott & Spitzer 1978, Spitzer, Endicott & Robins 1978) elaborados pelo Grupo de Estudo Colaborativo de Psicobiologia do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. Pouco depois surgiu o protocolo diagnóstico para transtornos afetivos e esquizofrenia (Endicott & Spitzer 1979) e o protocolo de entrevista diagnóstica (Robins et al. 1988).

A maneira particular em que se faziam os diagnósticos nos anos de 1970 fez com que a Inglaterra fosse identificada como a “ilha da depressão” e os Estados Unidos, o país da esquizofrenia, como as taxas de depressão eram maiores na Europa e a esquizofrenia era mais frequente nos Estados Unidos. Um grupo de investigadores aplicou uma entrevista psiquiátrica padronizada, exame do estado atual, a uma amostra de pacientes internados em hospitais psiquiátricos de Londres e Nova York (Kendell et al. 1971). Este estudo foi fundamental para demonstrar que as diferenças anteriores notificadas nos dois continentes eram atribuídas não a uma discrepância real nas taxas de prevalência, mas sim as taxas de diagnóstico clínico utilizados na Inglaterra e nos Estados Unidos.

A introdução do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), a classificação diagnóstica da Sociedade Psiquiátrica Americana pela qual os transtornos psiquiátricos se definem operacionalmente, é considerada como uma mudança de paradigma da psiquiatria geral, um renascimento do paradigma kraepeliniano (Klerman 1990).

Na América Latina e no Caribe a transição para a segunda fase foi representada pelos estudos realizados no Chile (Moya et al. 1969) e na Argentina (Tarnopolsky, Caetano & Levav 1977), os quais se basearam em uma lista de sintomas não validados e, na segunda fase, em que foi aplicado questionários e critérios operativos validados para os transtornos psiquiátricos. Nestes estudos, pela primeira vez na América Latina e no Caribe, a investigação epidemiológica psiquiátrica

utilizou métodos mais complexos, onde se levou em conta a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos e em que a amostragem teve a finalidade de ser representativo de uma população determinada (OPS 2009).

A epidemiologia psiquiátrica baseada na comunidade tem uma longa tradição no Brasil. Os focos dos primeiros estudos foram a determinação dos índices de casos e a comparação com os “não-casos” e os fatores de risco para os transtornos mentais. Ao mudar seu foco de atenção de populações hospitalizadas para a comunidade, a epidemiologia psiquiátrica revelou um padrão de morbidade em que cerca de 90% da morbidade compõem-se de sintomas descritos pelo conceito de TMC (Coutinho, Almeida-Filho & Mari 1999).

No Brasil, dois estudos foram realizados para avaliar os índices específicos dos transtornos psiquiátricos entre adultos na comunidade. O primeiro foi realizado em 1991 (Almeida-Filho et al. 1997) com uma amostra de 6.476 indivíduos com 15 anos ou mais, conduzido em três grandes centros urbanos – Brasília, São Paulo e Porto Alegre – e tinha um desenho cruzado e seccional em dois estágios. O primeiro estágio consistiu de uma entrevista seletiva utilizando o Questionário para Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA) (Santana 1982). O segundo estágio consistiu de uma entrevista diagnóstica em 30% dos selecionados positivos e em 10% dos selecionados negativos no primeiro estágio. O diagnóstico baseou-se em um *checklist* dos sintomas do DSM – III. A prevalência de transtornos mentais na população variou de 19% em São Paulo a 34% em Brasília e Porto Alegre. Os diagnósticos mais prevalentes foram transtorno de ansiedade (18%), transtornos relacionados ao uso de álcool (3%) e depressão, variando de 3% em São Paulo e Brasília e 10% em Porto Alegre. Embora tenha sofrido muitas críticas em relação a sua metodologia, esse estudo permanece como o único estudo nacional realizado no país e os índices gerais são consistentes com os estudos internacionais.

O segundo estudo que resultou nos índices dos transtornos psiquiátricos na comunidade foi o de Andrade et al. (1997), porém foi limitado a dois bairros de São Paulo, tendo como amostra 1.462 indivíduos de 18 anos ou mais. O instrumento utilizado foi o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins et al. 1988), entrevista psiquiátrica estruturada desenvolvida pela OMS, para ser aplicada por entrevistadores leigos e a análise dos dados resulta em diagnósticos segundo os critérios do DSM – III – R (APA 1987). Os diagnósticos mais prevalentes foram abuso/dependência de nicotina com

29,9% nos homens e 36,6% de qualquer transtorno sem nicotina para as mulheres, seguido de qualquer transtorno sem nicotina (28,4%) para os homens e abuso/ dependência a nicotina (21,3%) nas mulheres. O diagnóstico de depressão maior foi o terceiro mais prevalente em ambos os sexos, atingindo 13,2% dos homens e 19,1% das mulheres. Para Mello, Mello, Kohn et al. (2007) a generalização dos resultados deste estudo é altamente questionável uma vez que a amostra da comunidade não é representativa da população de São Paulo ou do Brasil.

No Brasil, estudos epidemiológicos de base populacional que pesquisaram a magnitude dos Transtornos Mentais Comuns envolvendo população adulta ainda são escassos. No ano de 1996, uma pesquisa realizada em Pelotas com 841 adultos na faixa etária de 21 a 50 anos, identificou uma prevalência de 23,8% (IC 95% 20,9-26,7) (Ustároz 1997). Outro estudo na mesma cidade em 2002 (Costa et al. 2002), incluiu 1.967 pessoas com idade entre 20 e 69 anos e a prevalência de TMC foi de 28,5%, com intervalo de confiança de 95% entre 26,5% e 30,5%. A prevalência foi maior nas pessoas inseridas nas classes sociais mais baixas, de menor renda, acima de 40 anos e do sexo feminino. Na análise ajustada, os Transtornos Mentais Comuns mantiveram-se associados com hábito de tabagismo, presença de doença crônica não transmissível e frequência de consultas médicas.

Os resultados em Pelotas indicaram que as prevalências de TMC atingem principalmente as camadas sociais mais baixas. Embora não tenham sido diferentes em relação ao tipo de serviço de saúde utilizado, mostraram associação com a frequência de utilização de assistência médica, sugerindo que esses resultados possam orientar a formação de profissionais de saúde e o planejamento das ações de saúde (Costa et al. 2002).

Outros dois estudos foram o estudo multicêntrico de São Paulo em 2002 (Cesar et al. 2005), que selecionou uma amostra de 3.890 pessoas com 18 anos ou mais, resultando em 17,4% (IC95% 13,9-21,6) de prevalência de TMC, sendo maior em: mulheres unidas separadas e viúvas, indivíduos negros, com baixa escolaridade e baixa renda. A análise do município de Campinas no ano de 2001-2002 (Barros et al. 2008) foi realizado com uma amostra de 911 pessoas, com mesma faixa etária e com prevalência de TMC iguais ao do estudo multicêntrico, no qual os TMC foram mais prevalentes nas mulheres e em indivíduos com baixa renda e baixa escolaridade.

De acordo com Fonseca, Guimarães & Vasconcelos (2008) resultados de estudos conduzidos no Brasil e em países de economia

periférica apontam para as seguintes questões: alta taxa de prevalência de TMC nas unidades de atenção primária e na comunidade; falta de capacitação adequada para as equipes de saúde lidar com formas de sofrimento não classificadas nos manuais diagnósticos; ausência de políticas públicas e metodologias de cuidado destinadas para essa problemática no campo da saúde.

2.6. Instrumento para detecção de Transtornos Mentais Comuns

A epidemiologia psiquiátrica utiliza a nosografia baseada em sintomas para a identificação de casos na população geral. Os primeiros estudos epidemiológicos utilizavam clínicos gerais ou líderes de comunidade para auxiliar nessa identificação de casos, entretanto, esse método de identificação de casos resultou em subestimativas de prevalência, devido à noção limitada destes com relação ao que constitui um transtorno mental. Por causa disso e também porque um exame clínico realizado por psiquiatra na população geral é um procedimento caro, começou-se a desenvolver questionários como instrumentos de identificação de casos psiquiátricos (Andreoli, Blay & Mari 1998).

Os primeiros instrumentos de identificação de casos psiquiátricos eram compostos por uma lista breve de sinais, sintomas, comportamentos observáveis característicos das doenças mentais. As primeiras escalas de rastreamento foram: o Índice de MacMillan e a escala de Langner, desenvolvidos nos Estados Unidos no final da década de 50 e início da década de 60 e foram utilizados como único instrumento de identificação de caso.

As escalas de rastreamento podem ser divididas em escalas de primeira geração e segunda geração. As escalas de primeira geração, quando aplicadas em amostras randômicas da população geral, apresentaram baixo desempenho quando comparadas com o exame psiquiátrico. Alguns autores atribuíram esse baixo desempenho à falta de questões relativas a importantes sinais e sintomas dos transtornos mentais (Langner 1962, Seiler 1973). Outros autores, ao contrário, mostraram que adicionar tais questões não representa melhora no desempenho do instrumento (Spiro, Siassi & Crocetti 1972). Com o objetivo de melhorar o desempenho das escalas, a segunda geração passou a incluir questões relativas à percepção da incapacidade de lidar com problemas, tratar com dificuldades sociais e de satisfação, que em

pacientes de clínica geral discriminavam melhor a doença mental do que as questões clássicas sobre sinais e sintomas característicos da doença.

A partir da década de 1970, o *General Health Questionnaire* (GHQ), conhecido no Brasil como QSG (Questionário de Saúde Geral) e o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) são exemplos de escalas que foram utilizadas na comunidade em conjunto com instrumentos semi-estruturados para identificação de caso.

O GHQ foi desenvolvido por Goldberg em 1972, com o propósito de detectar doenças psiquiátricas não psicóticas através de censos populacionais, em cuidados de saúde primários e com doentes em ambulatório. Inicialmente este questionário continha 60 itens, sendo posteriormente apresentado em versões alternativas, mais breves, contendo 30, 20 e, finalmente, 12 itens, sem comprometimento de sua confiabilidade (Banks et al. 1980, Jones & Murphy 1979). No Brasil, o QSG-12 despertou o interesse de alguns pesquisadores (Oliveira & Dias 2002, Wagner, Ribeiro, Arteche & Bornholdt 1999), existindo ao menos dois estudos que procuram comprovar sua validação de construto (Borges & Argolo 2002, Sarriera, Schwarcz & Câmara 1996). Ambos, não obstante, centraram-se predominantemente em amostras específicas (bancários, profissionais da saúde, jovens), adotando procedimentos estatísticos estritamente exploratórios para conhecer sua estrutura interna. Neste contexto, os autores Valdiney et al. (2003), contribuíram para a validação do QSG-12 no Brasil, comprovando sua dimensionalidade e sua validade convergente com respeito a outros indicadores de saúde mental.

Diferente do GHQ, que contém questões inespecíficas para transtornos psiquiátricos, o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) é um questionário composto exclusivamente de questões que abrangem os mais frequentes sinais e sintomas dos transtornos psiquiátricos, além de questões sobre tratamento psiquiátrico e uso de drogas psicofarmacológicas. Este instrumento foi construído baseado na experiência clínica de psiquiatras, no *Cuestionario de Enfermedad Mental* e no Questionário de Morbidade desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo em 1977, sendo posteriormente desenvolvido e adaptado às especificidades regionais da linguagem por Santana (1982). O desempenho do QMPA na comunidade foi estudado por Almeida-Filho et al. (1992), através de sua validação no Brasil.

Entre as estratégias para detecção de transtornos psiquiátricos na população está a utilização de instrumentos de rastreamento

psiquiátrico, que preferencialmente devem ser de fácil aplicação e baixo custo. Essas características são de grande relevância para seu emprego em larga escala na prática clínica e nos estudos epidemiológicos, por estes motivos, na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conduziu o Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental. Essa necessidade surgiu, pois estudos de prevalência de base populacional eram realizados na sua grande maioria em países desenvolvidos (WHO 1994).

O estudo da OMS resultou na criação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) (WHO 1994), que engloba elementos relativos à saúde mental pertencentes a diferentes instrumentos para avaliação de transtornos mentais como: o *General Health Questionnaire* (GHQ-60), desenvolvido inicialmente na Inglaterra; a versão reduzida do *Present State Examination* (PSE) testada e validada em diversos contextos culturais; o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2* (PGI), pesquisado na Índia; e o *The Patient Symptom Self Report* (PASSR), instrumento desenvolvido na Colômbia (WHO 1994).

O instrumento de rastreamento é composto originalmente por 25 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para detecção de transtornos neuróticos, 4 para detecção de transtornos psicóticos, e 1 pergunta para detecção de convulsões do tipo tônico-clônica. As questões para rastrear psicose e a questão sobre convulsões de certa forma ficaram em desuso, pois o rastreamento destes tipos de patologias por instrumentos auto-respondidos apresenta baixa sensibilidade, estando indicada a busca ativa de casos. Desta forma a aplicação do instrumento está direcionada para o rastreamento de transtornos neuróticos através do SRQ-20, que vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos neuróticos como: Colômbia, Índia, Filipinas, Sudão, Etiópia, Guiné-Bissau, Quênia, Brasil e Senegal (Santos, Araújo & Oliveira 2009).

As questões do SRQ-20 (Anexo 1) estão distribuídas por 4 grupos de sintomas: humor depressivo-ansioso (questões número 4, 6, 9, 10); sintomas somáticos (1, 2, 3, 5, 7, 19); decréscimo de energia vital (8, 11, 12, 13, 18, 20); e pensamentos depressivos (14, 15, 16, 17) conforme Santos, Araújo e Oliveira (2009).

Os estudos epidemiológicos, para determinar a prevalência de TMC em comunidades ou em serviços de atenção básica usam, em sua maioria, como instrumento de pesquisa, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) e, a determinação do ponto de corte para detecção de casos, com respectivas sensibilidade e especificidade, precisa ser feita por meio da

comparação com a entrevista psiquiátrica padronizada (padrão-ouro). Conforme Harding et al. (1980), o ponto de corte do SRQ-20 pode apresentar variação considerável, de 6 a 11, dependendo do contexto cultural em que é aplicado. Um dos motivos apontados naquela época para a diferença entre os sexos seria de que o ponto de corte menor para homens provavelmente deve-se a dificuldade destes em expressar questões emocionais e pessoais de qualquer natureza, não se relacionando com problemas inerentes ao instrumento (Mari & Williams 1986).

No Brasil, o SRQ-20 foi comparado com entrevista psiquiátrica formal utilizando-se o instrumento semi-estruturado CIS (*Clinical Interview Schedule*) em meados da década de 1980 por Mari & Williams (1986) utilizando como ponto de corte 8 ou mais respostas positivas para ambos os sexos, o que resultou em sensibilidade e especificidade de 83% e 80% respectivamente, embora tenha indicado que novos estudos seriam necessários em relação ao ponto de corte (Mari & Williams 1985, Mari & Williams 1986). Após mais de 20 anos da validação do instrumento, os autores Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) revalidaram o SRQ-20 concluindo que o ponto de corte de 8 ou mais respostas positivas é o mais adequado para ambos os sexos, embora outros estudos utilizem pontos de cortes diferenciados para homens e mulheres (Costa et al. 2002).

O SRQ-20 foi o instrumento escolhido para ser aplicado no *EpiFloripa Adulto 2009* pois contemplou vários fatores: o instrumento foi desenvolvido pela OMS e recomendado para estudos comunitários e atenção básica à saúde; vem sendo utilizado em vários países de culturas diferentes para rastreamento de transtornos neuróticos; é validado no Brasil; engloba elementos relativos à saúde mental pertencentes a diferentes instrumentos para avaliação de transtornos mentais; e preenche os critérios de facilidade de uso e custo reduzido.

Maiores detalhes sobre o instrumento, bem como o ponto de corte utilizado estão apresentados no capítulo 6 – Métodos.

3. Objetivos

3.1. Geral

Conhecer o padrão de Transtornos Mentais Comuns na população adulta do município de Florianópolis – SC.

3.2. Específicos

1 – Verificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população de Florianópolis na faixa etária de 20 a 59 anos;

2 – Verificar as associações entre os Transtornos Mentais Comuns e fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e aspectos relacionados ao uso de serviços de saúde.

4. Hipótese

Baseado em estudos que envolveram Transtornos Mentais Comuns no país através de investigações regionais, algumas fazendo parte de inquéritos populacionais, foram testadas na população da capital do estado de SC as hipóteses de que TMC é mais prevalente na população:

- do sexo feminino;
- de cor/raça preta;
- com baixa escolaridade;
- com menor renda;
- que avaliam sua saúde negativamente.

5. Modelo Teórico

Para testar as hipóteses formuladas no presente estudo, a análise seguiu um modelo hierarquizado, cujo desfecho foi Transtornos Mentais Comuns, de acordo com as recomendações de Victora et al. (1997), apresentado na figura 2. Segundo o modelo hierárquico, as variáveis foram agrupadas em blocos distintos, sendo que aquelas que se encontram em posição mais distal ao desfecho determinam as do bloco intermediário e estas, a do bloco proximal.

As variáveis demográficas (sexo, cor da pele e idade) se encontram na posição mais distal em relação ao desfecho e estabelecem relação temporal na determinação dos Transtornos Mentais Comuns. No bloco seguinte (Bloco II), foram incluídas as variáveis socioeconômicas que poderiam ser determinadas pelas variáveis do bloco superior, mantendo relação temporal e hipoteticamente causal com o desfecho e com as variáveis de comportamentos relacionados à saúde (atividade física, hábito de fumo e uso de álcool). Essas variáveis que também mantêm relação hipoteticamente causal com o desfecho se relacionam com o uso dos serviços de saúde e interferem no bloco IV - Condições de saúde (IMC, doença crônica e auto-avaliação de saúde), que também interfere no uso de serviços de saúde e no desfecho, embora o uso de serviços de saúde interfira na condição de saúde do indivíduo. O bloco V, mais proximal em relação ao desfecho pode hipoteticamente determinar os TMC, assim como os TMC podem determinar o uso dos serviços de saúde.

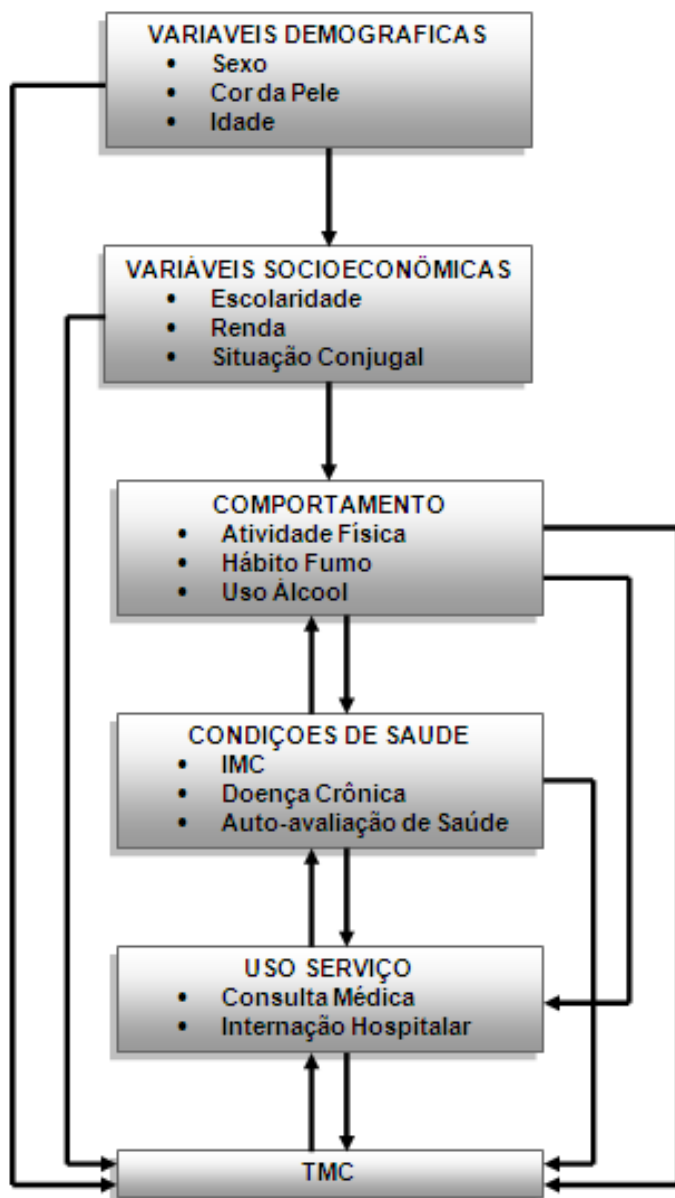


Figura 2. Modelo teórico hierarquizado da determinação dos Transtornos Mentais Comuns.

6. Métodos

6.1. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Fundado em 23/03/1726, compreende a parte continental e a ilha (97,23% do município), abrangendo uma extensão territorial de 433 km² (IBGE 2009a).

Florianópolis é uma das três ilhas-capitais do Brasil (as outras são Vitória e São Luís) e está localizada no centro-leste do estado de Santa Catarina. Com litoral bastante recortado, possui várias enseadas, pontas, ilhas, baías e lagoas e, segundo o Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (2010), mais de 100 praias. O município apresenta as características climáticas inerentes ao litoral sul brasileiro. As estações do ano são bem caracterizadas, verão e inverno bem definidos, sendo o outono e primavera de características semelhantes.

A cidade possui uma população de 408.161 habitantes (IBGE 2009b), e destaca-se por ser a capital brasileira com o melhor índice de desenvolvimento humano (IDH), da ordem de 0,87513 o que também a torna a quarta cidade brasileira com a melhor qualidade de vida (ONU 2000). A taxa de analfabetismo em pessoas acima de 15 anos é de 3,6% (IBGE 2009b).

Em relação à saúde da população, o Poder Executivo Municipal, desde 2004, aumentou os gastos com saúde por habitante, de R\$ 141,38 reais para R\$ 188,20 reais em 2006, segundo dados do Núcleo dos Indicadores Contábeis Brasileiros (2010). A programação de saúde do município para o ano de 2010 está principalmente voltada à Atenção Primária de Saúde (SMS 2010).

6.2. População do estudo

A população de referência do estudo foi constituída por adultos da faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, completos em 2009, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina. Esta faixa etária, segundo o IBGE (2009b) compreendia aproximadamente 60% da população total do município neste ano, representando cerca de 249.530 habitantes.

6.3. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal de base populacional, denominado *EpiFloripa Adulto 2009*, indicado para detectar frequências de eventos relacionados à saúde, identificando na população grupos afetados por tais eventos (Rothman & Greenland 1998). O presente estudo apresenta um recorte analítico, permitindo testar hipóteses e identificar associação entre uma exposição e um dado efeito (Rothman & Greenland 1998).

6.4. Amostra

Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula para cálculo de prevalência, para amostra causal simples multiplicada por um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (amostra por conglomerados) e de uma proporção de perdas previstas. Para tal foi usado o programa Epi-Info, versão 6.04 de domínio público (Dean et al. 1994) :

$$n = N. z^2. P (1-P)/d^2. (N - 1) + z^2. P (1-P) X deff + \% \text{ de perdas estimadas}$$

Onde:

n = Tamanho mínimo da amostra necessária para o estudo

N = Número da população de referência para 2009: 249.530

Z = Nível de confiança (geralmente igual a 5%) expresso em desvios-padrão (1,96)

P = Prevalência esperada do fenômeno a ser investigado na população: 50% (dados de prevalência desconhecidos)

d = Erro amostral previsto (precisão): 3,5 pontos percentuais

deff = Efeito do delineamento amostral do estudo, por conglomerados, estimado como igual a 2

% Perdas estimadas: 10%

% Controle de fatores de confusão: 15% (estudos de associação)

Aplicando-se a fórmula descrita, obteve-se tamanho da amostra de 1.562 pessoas.

A coleta dos dados através do SRQ-20 foi realizada acompanhando a amostra total de pessoas entrevistadas no *EpiFloripa*, com uma prevalência esperada do fenômeno de 50%, para dados desconhecidos, visto que não existem estudos sobre Transtornos Mentais Comuns conduzidos em inquéritos populacionais em Santa Catarina.

Seleção da amostra

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários, (unidades de recenseamento do IBGE) constituídos por 300 a 350 domicílios cada e a unidade de segundo estágio foi o domicílio.

Os 420 setores censitários urbanos existentes em Florianópolis, de acordo com o Censo de 2000 (IBGE 2004), foram estratificados em ordem crescente de renda do chefe da família (R\$ 192,80 – R\$ 13.209,50), agregados em 10 distritos (decis) com 42 setores cada, sorteando-se sistematicamente 60 setores. Em cada decil, com uma fração de amostragem igual a sete, foram selecionados 6 setores ($n=60$ setores), de forma a contemplar todos os grupos de renda.

As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Como a versão mais recente dos mapas setoriais obtidos junto ao IBGE e a contagem de domicílios por setor datavam do período de preparação para o censo do ano 2000, fez-se necessária uma etapa de atualização do número de domicílios habitados em cada um destes 60 setores. Para tanto, os supervisores do estudo (alunos de pós-graduação) percorreram e procederam a contagem de todos os domicílios habitados com o auxílio dos mapas fornecidos pelo IBGE, *Google Maps* e *Google Earth*. Este procedimento além de ter como produto final a lista de domicílios por setor possibilitou ao pós-graduando conhecer os setores de sua responsabilidade, limites geográficos, pontos de referência, condições das moradias e nível de segurança. Desta forma pôde-se avaliar a necessidade de parcerias com as Unidades Locais de Saúde (ULS), através da ESF, para entrada no setor, o que facilitou entrevistas em locais de risco potencial e difícil acesso.

O número de domicílios habitados variou de 61 a 810 domicílios por setor. Com o intuito de reduzir o coeficiente de variação entre as unidades setoriais, reorganizou-se os setores através de fusão e divisão destas unidades.

Fusão de setores: setores com o número de domicílios inferior a 150 e que são setores geograficamente próximos.

Foram 3 setores agrupados:

- Daniela (praia): [61 + 80 domicílios] (decis de renda 8 e 9);
- Ingleses sul (praia): [70+ 147] (decis de renda 4 e 5);
- Centro (comércio): [98 +100 +124] (decis de renda 10; 8 e 8).

Balanço das fusões: 4 setores com menos de 150 domicílio (82; 107; 114; 138). Estes setores são geograficamente distintos e fazem parte dos respectivos decis de renda: 4; 3; 10; 6, fatores que impossibilitaram suas fusões.

Divisão em 2 setores: setores com o número de domicílios superior à 450.

Setores:

- Saco dos Limões: [754 domicílios] (decil de renda 1);
- Trindade: [725 domicílios] (decil de renda 6);
- Carianos: [587 domicílios] (decil de renda 5);
- Rio Tavares Central: [469 domicílios] (decil 3);
- João Paulo [475 domicílios] (decil de renda 8).

Divisão em 3 setores: setores com o número de domicílios superior à 800.

Setor:

- Coqueiros: [840 domicílios] (decil de renda 6).

Balanco das fusões e divisões: $n = 63$ setores [7 setores novos (divididos); 7 setores fundidos em 3 setores].

O maior setor censitário da amostra totalizou 445 domicílios e o menor setor 81 domicílios. O coeficiente de variação inicial era de 55% ($n=60$ setores) e o final foi de 32% ($n=63$ setores), o que permitiu uma amostra auto-ponderada. Dezesesseis mil setecentos e cinquenta e cinco (16.755) domicílios compunham os 63 setores da amostra.

Para o início do trabalho de campo pelas entrevistadoras foram sorteados sistematicamente 18 domicílios em cada um dos 63 setores, totalizando 1.134 domicílios sorteados. Em virtude da disponibilidade de recursos financeiros, previu-se um tamanho de amostra para o estudo de 2.016 adultos ou 32 adultos em cada setor censitário.

6.5. Critérios de perda/exclusão

Para selecionar as pessoas que foram entrevistadas utilizou-se a definição de morador segundo o IBGE (2004), classificado como a pessoa que tem o domicílio como local habitual de residência, ou seja, fica a maior parte do ano em um domicílio específico. Portanto, todos os adultos moradores dos domicílios deveriam ser entrevistados. Nos casos em que no domicílio sorteado não residiam nenhum adulto elegível, as entrevistadoras foram orientadas a dirigirem-se à casa da direita (sentido horário).

Domicílios visitados pelo menos quatro vezes, incluída, pelo menos, uma visita em finais de semana e outra noturna, sem que o entrevistador conseguisse localizar a pessoa a ser entrevistada foram considerados como perdas. As pessoas que se negaram participar da pesquisa foram consideradas recusas.

Pessoas com 60 anos ou mais, institucionalizadas (presídios, pensionatos, hospitais, etc.) adultos com problemas físicos e/ou

mentais que impossibilitaram a responder o questionário, foram consideradas como não elegíveis à participação no *EpiFloripa*.

Cada um destes tipos de perdas/exclusão foi anotado nas fichas do entrevistador (Anexo 2).

6.6. Instrumento de coleta de dados

O presente estudo fez parte de um inquérito populacional que investigou as condições de saúde da população adulta de Florianópolis, utilizando-se para a coleta de dados um questionário estruturado em forma de entrevista, contendo 233 questões, construído em conjunto com 16 estudantes de pós-graduação vinculados ao projeto e aos programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Nutrição e Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

A seleção e formulação das questões, assim como a construção da estrutura do questionário, foram discutidas e produzidas durante reuniões semanais entre março e julho de 2009, onde cada pós-graduando apresentou seu objeto de estudo e sua proposta de inclusão de questões na pesquisa, onde se decidiu incluir, reformular, substituir ou excluir questões.

Após as discussões, estruturação e pré-teste do instrumento, o questionário foi concluído e dividido em 20 blocos, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Blocos do instrumento da pesquisa *EpiFloripa Adulto 2009*.

Bloco	Tema	Bloco	Tema
Bloco 1	Geral – Dados cadastrais	Bloco 11	Saúde bucal
Bloco 2	Socioeconômico e demográfico	Bloco 12	Doação de sangue
Bloco 3	Auto-avaliação da saúde	Bloco 13	Uso de serviços de saúde
Bloco 4	Percepção de problemas da vizinhança	Bloco 14	Transtornos Mentais Comuns
Bloco 5	Percepção da aparência física	Bloco 15	Consumo de bebidas alcoólicas
Bloco 6	Realização de atividades físicas	Bloco 16	Uso de tabaco

Bloco 7	Padrão de alimentação	Bloco 17	Uso de medicamentos
Bloco 8	Medidas antropométricas	Bloco 18	Gastos em saúde
Bloco 9	Sensações de dor	Bloco 19	Violência entre parceiros íntimos
Bloco 10	Morbidades auto-referidas	Bloco 20	Mamografia e Papanicolau

Os blocos utilizados neste estudo foram o socioeconômico e demográfico, referente a auto-avaliação de saúde, realização de atividades físicas, medidas antropométricas, morbidades auto-referidas, uso de serviços de saúde, TMC, consumo de bebidas alcoólicas e uso de tabaco.

6.7. Variáveis em estudo

Variável dependente – o desfecho

O desfecho do presente estudo foi a prevalência de TMC e sua associação com variáveis independentes, descritas no próximo subtítulo.

Na coleta de dados utilizou-se o SRQ – 20, aplicado através de entrevista face a face e as respostas, do tipo sim/não, se referiram ao período de 30 dias antes da sua realização. Cada resposta afirmativa pontuou com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de Transtorno Mental Comum, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

O ponto de corte utilizado foi de 8 ou mais respostas positivas, para ambos os sexos. Nesse escore, o instrumento apresentou sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% (Gonçalves, Stein & Kapczinski 2008).

Variáveis independentes ou exploratórias

Investigou-se a associação entre TMC e as variáveis independentes: demográficas (sexo, cor da pele heteroclassificada e idade); socioeconômicas (escolaridade, renda *per capita* no mês anterior ao da entrevista, situação conjugal); comportamentos relacionados à saúde (prática de atividade física no lazer, hábito de fumo, uso problemático de álcool); condição de saúde (estado nutricional, presença de doença crônica,

auto-avaliação de saúde); uso de serviços de saúde (consulta médica nos últimos 15 dias, internação hospitalar nos últimos 12 meses).

Estas variáveis tem características específicas quanto à sua natureza e categorias de coleta, definidas no quadro 2.

Quadro 2 – Definição das variáveis independentes coletadas quanto à sua natureza e categorias.

Variáveis	Natureza	Categoria
Demográficas		
Sexo	Qualitativa nominal	Masculino Feminino
Cor da pele heteroclassificada	Qualitativa nominal	Branca Parda Preta Amarela Indígena
Idade (em anos completos)	Quantitativa discreta	Aberta
Socioeconômicas		
Escolaridade (em anos de estudo completos)	Quantitativa discreta	Aberta
Renda per capita no mês anterior à entrevista (em reais)	Quantitativa contínua	Aberta
Situação conjugal	Qualitativa nominal	Casado/morando com companheiro Solteiro Divorciado/separado Viúvo
Comportamentos relacionados à saúde		
Atividade física no lazer	Qualitativa nominal	Sim Não
Hábito de fumo	Qualitativa nominal	Sim Não
Uso de álcool	Qualitativa nominal	Sim Não
Condição de saúde		
Estado nutricional (IMC calculado através do peso e	Quantitativa contínua	Aberta

estatura)		
Presença de doença crônica	Qualitativa nominal	Sim Não
Auto-avaliação de saúde	Qualitativa Ordinal	Muito boa Boa Regular Ruim Muito Ruim
Uso de serviços de saúde		
Consulta médica nos últimos 15 dias	Qualitativa nominal	Sim Não
Internação hospitalar nos últimos 12 meses	Qualitativa nominal	Sim Não

6.8. Equipe de trabalho – Logística

A pesquisa contou com um coordenador do projeto Professor Doutor Marco Aurélio de Anselmo Peres (Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina), uma supervisora geral, 11 supervisores do estudo (mestrandos e doutorandos dos departamentos de Saúde Coletiva, Nutrição e Educação Física da UFSC), uma secretária executiva, um bolsista do curso de Jornalismo e auxiliares para digitação e arquivamento do material. Este grupo de trabalho manteve reuniões semanais, no período de março de 2009 a dezembro de 2009, nas manhãs de terça-feira para avaliação da condução do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas nos domicílios sorteados, que foram comunicados da pesquisa através de uma carta de apresentação (Anexo 3), entregue com antecedência à entrevista.

A equipe de trabalho de campo foi composta por 35 entrevistadoras selecionadas pelos supervisores no decorrer da pesquisa, preenchidos os seguintes critérios: ser do sexo feminino, apresentar ensino médio completo e disponibilidade integral para execução do trabalho de campo. Os treinamentos foram conduzidos pela coordenação e supervisores do estudo, seguindo o manual de instruções para a equipe de campo que conta com instruções gerais sobre a entrevista, bem como instruções específicas de cada instrumento (Anexo 4).

Medidas Antropométricas

As 35 entrevistadoras foram treinadas extensivamente para a realização das medidas antropométricas (massa corporal, estatura, perímetro da cintura) por professores de Educação Física com larga experiência nos procedimentos e protocolo para as mensurações. Todas as entrevistadoras após o treinamento eram submetidas ao cálculo do Erro Técnico de Medida (ETM) intra-avaliador e interavaliador como forma de verificar a precisão e avaliação das mensurações. O ETM foi calculado com base nos procedimentos descritos em Ulijaszek & Kerrum (1999), em um grupo de pessoas adultas, com as características da amostra que foi investigada. Cada medida foi realizada em 10 pessoas e para cada medida foi realizada duas mensurações consecutivas, computando o valor médio para cada variável. Ademais, para verificar a exatidão das medidas antropométricas das entrevistadoras, os valores foram comparados a de um antropometrista experiente e criterioso que integrava a equipe de professores.

A partir do cálculo do ETM relativo, as 35 entrevistadoras foram consideradas aptas à realização das medidas antropométricas conforme os pontos de corte de Gore *et al.* (1996). Na tabela 1, pode-se visualizar a mediana, valor médio, mínimo, máximo do ETM relativo, intra e interavaliador das entrevistadoras para as medidas de massa corporal, estatura e perímetro da cintura.

Tabela 1. Valores de mediana, média, mínimo e máximo para o Erro Técnico de Medida relativo das entrevistadoras (n=10).

	Mediana	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
Massa Corporal				
ETM (intra-avaliador)	0,00	0,05	0,00	0,36
ETM (interavaliador)	0,30	0,30	0,06	0,96
Estatura				
ETM (intra-avaliador)	0,20	0,24	0,00	0,17
ETM (interavaliador)	0,52	0,64	0,80	1,67
Perímetro da Cintura				
ETM (intra-avaliador)	0,35	0,44	0,00	1,18
ETM (interavaliador)	0,94	0,97	0,51	1,86
ETM (relativo) – valor em percentuais				

As medidas antropométricas de massa corporal, estatura e perímetro da cintura foram coletados conforme as recomendações de Lohman et al. (1988). A aferição da massa corporal foi realizada por meio de uma balança digital da marca GA.MA Italy Professional®, modelo HCM 5110M, com resolução de 100 gramas e capacidade de 150 kg, calibrada antes do início da pesquisa. A estatura foi aferida por meio de um estadiômetro construído para o próprio estudo com uma fita métrica de resolução de 1mm. O perímetro da cintura foi aferido com uma fita antropométrica inextensível da marca Sanny®, com resolução de 1mm.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi calculado pela divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado. O IMC foi categorizado em eutrófico ($\leq 24,9 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0\text{-}29,9 \text{ Kg/m}^2$) e obeso ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO 1998). Agrupou-se à categoria eutrófico os 2% de indivíduos com baixo peso ($\text{IMC} \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$). As mulheres grávidas ou que estavam no período puerperal não tiveram mensuradas suas medidas antropométricas.

Pré-teste

O pré-teste do questionário foi realizado em 30 adultos da mesma faixa etária da pesquisa em uma área de abrangência de uma ULS de Florianópolis e possibilitou adequar o questionário para o trabalho de campo propriamente dito e testar o instrumento para coleta de dados, o Assistente Pessoal Digital (PDA).

Estudo Piloto

Para a realização do estudo piloto, entre os dias 17 e 31 de agosto de 2009, foi selecionado um setor censitário sorteado que não foi incluído na pesquisa. Cada entrevistadora, acompanhada pelo seu supervisor, realizou pelo menos três entrevistas no estudo piloto, que não foram utilizadas no estudo propriamente dito.

O estudo piloto permitiu definir melhor os aspectos operacionais envolvidos na pesquisa e auxiliar no planejamento do trabalho de campo.

Trabalho de campo

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010, com aproximadamente 1 hora de duração. O banco de

dados foi concluído em fevereiro de 2010 e o relatório com os resultados preliminares foi apresentado em março de 2010.

Controle de Qualidade

O controle de qualidade da coleta dos dados foi realizado através de ligação telefônica em uma amostra sorteada de 15% das pessoas entrevistadas, aos quais foi aplicado pelos supervisores do estudo um questionário reduzido contendo 10 questões (Anexo 5). Este processo ocorreu semanalmente, de acordo com as entrevistas entregues pelas entrevistadoras.

6.9. Processamento e análise dos dados

Com o uso dos PDAs minimizou-se a etapa da digitação dos dados e por consequência possíveis erros. Semanalmente as entrevistadoras repassaram os questionários eletrônicos preenchidos para um pesquisador responsável pela organização do banco de dados. O arquivo final foi exportado para o programa STATA 9.0 onde foram realizadas todas as análises.

Como o projeto contou com pesquisadores de diferentes áreas, cada um com seu objeto de estudo, os pós-graduandos solicitaram o banco de dados através de um formulário (Anexo 6) contendo informações sobre a pesquisa e delimitando as variáveis de interesse para conduzir as análises.

No presente estudo foi realizada a estatística descritiva de cada variável selecionada e, calculados os respectivos intervalos de confiança de 95%. Foi realizada regressão de Poisson, conduzidas análises bruta e multivariável para estimação de razões de prevalência como medida de associação, calculados os respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância foi testado por meio dos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear.

Todas as análises foram ajustadas pelo efeito de delineamento da amostra, utilizando o comando “svy” do STATA.

Os resultados e discussão da pesquisa que intitula esta dissertação serão apresentados a seguir, na Parte II do volume, através do artigo científico.

7. Aspectos Éticos e Financiamento

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) parecer consubstanciado, projeto número 351/08 em 15 de dezembro de 2008.

Foram solicitadas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo 7) dos participantes da pesquisa. Os indivíduos que durante a entrevista relataram algum tipo de dor ou desconforto e que apresentaram valores pressóricos elevados foram instruídos a procurar a ULS de referência.

O *EpiFloripa Adulto 2009* teve financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, Edital Universal 15/2007 (projeto no 485327/2007-4), no valor de R\$ 63.295,32 reais.

REFERÊNCIAS

Almeida-Filho N. et al. Brazilian Multicentric study of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1997;171:524-529.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3.ed. Washington: APA, 1987.

Anderson RL, Klein DN, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H, Schwartz JE. The subaffective-character spectrum subtyping distinction in primary early-onset dysthymia: a clinical and family study. *J Affect Disord* 1996;38:13-22.

Andrade L et al. Prevalence of mental disorders in a epidemiological catchment área in tehe city of São Paulo, Brazil. Presented at the Symposium of the World Psychiatric Association Section of Epidemiology and Community Psychiatry 1997;19-22.

Andreoli SB, Blay SL, Mari JJ. Escalas de Rastreamento de Psicopatologia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1998;25(5).

Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2005;5(3):337-348.

Avilan-Rovira JM. La Classificación Internacional de Enfermedades en la formación de analistas de información. *Cuad. Esc. Salud publ.* Caracas 1989;(53):3-14.

Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM & Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology* 1980;53:87-194.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. As Dimensões da Saúde. Inquérito populacional em Campinas, SP. *Saúde em Debate*, v.184. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

Borges LO & Argolo JCT. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica* 2002;1:17-27.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Breilh J & Granda E. Investigación de salud en la sociedad. La Paz, Bolivia, Fundación Salud y Sociedad, 1985.

Centers for Disease Control and Prevention (2000) Compliance with physical activity recommendations by walking for exercise – Michigan, 1996 and 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 49(25):560-65. Disponível em URL:<http://www.cdc.gov/mmwr>

Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP; Barros MBA; Goldbaum M. Saúde e Condição de Vida em São Paulo - Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP, 2005.

CNDSS. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p.

Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005;21(1):73-9.

Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAPd, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):164-73.

Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999;26(5).

Dean AG, Dean JA, Colombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH et al. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

Dohrenwend BP; Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The Rema Lapouse lecture – *American Journal of Public Health* 1982;72:1271-1279.

Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-44.

Endicott J, Spitzer RL. Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979;136:52-6.

Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.

Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista de Atenção Primária à Saúde* 2008;11(3):285-294.

Fortes S. Transtornos Mentais Comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. 2004. 165 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - IMS, UERJ, Rio de Janeiro, 2004.

Goldberg D & Goodyer I. The origins and course of common mental disorders. Londres: Routledge, 2005.

Gomes ME, Gomes MTM, Gomes MGM. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2005;27(3):312-318.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24(2):380-390.

Gore C, Norton K, Olds T, Whittingham N, Birchall K, Clough M et al. Accreditation in anthropometry: an Australian model. In: Norton K, Olds T. (editors). *Anthropometrica*. Sydney: University of New South Wales Press, 1996; p. 395-411.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a. IBGE Cidades. Disponível em URL:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009b. Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. Disponível em URL:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Manual do Recenseador – Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

IPUF. Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis, 2010. Disponível em URL:<http://www.ipuf.sc.gov.br/27052010>

Jones RA & Murphy E. Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1979;134:609-616.

Kendell RE, Cooper JE, Gurlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:123-30.

Klerman GL. Paradigm shifts in USA psychiatric epidemiology since World WAR II. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:27-32.

Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report

measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1576-96.

Langner TS. Twenty two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment. *Journal of Health and Human Behavior* 1962;3:269-276.

Lasser, K et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association* 2000;284:2606-2610.

Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças *Rev. Saúde públ.* 1991; 25(6).

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: na estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based Study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:211-22.

Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rer Psi Clin.* 1999;26(5):225-35.

Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual.* Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

Lopes CB. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Bioética* 2001;9(1):29-43.

Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(6):1713-1720.

Lopez IJJ, Frances A, Jones C. Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in differential diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (suppl 383):12-8.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.

Ludermir AB. Associação dos com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2005;54(3):198-204.

Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Neto OLM. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1):159-67.

Maragno L, Goldbaun M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Populações Atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22(8):1639- 48.

Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ- 12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.

Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis*. 1986;39(5):371-377.

Mari JJ et al. Detection of psychiatric morbidity in the primary care in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1987;21(6):501-507.

Mari JJ, Jorge MR Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line Brazil* (2) Maio 1997 - Part of The International Journal of Psychiatry. Disponível em URL:<http://www.polbr.med.br/arquivo>

Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgalarrodo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3.

Matos EG, Matos TMG, Matos, GMG. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2005;27(3):312-318.

Mello MF, Mello AAF, Kohn R. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Moreno RA, Moreno DH. A relação entre outros quadros psiquiátricos e distímia. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. *Distímia*

– do mau humor ao mal do humor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.42-52.

Moya L, Marconi J, Horwitz J, Munoz L, Bahamondes A, Saint-Jean H. Estudios de prevalência de desordenes mentales em el área Norte de Santiago de Chile. Acta Psiquiat Psicol Am Lat 1969;15:137-48.

Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. Arch Gen Psychiatry 1991;48:223-8.

Noël PH, Williams JW Jr, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med. 2006;2(6):555-62.

Núcleo dos Indicadores Contábeis Brasileiros (2010). Disponível em URL:<http://www.nicb.ufsc.br/> núcleo dos indicadores contábeis brasileiros

Oliveira ICP & Dias MR. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. Psicologia: Reflexão e Crítica 2002;15, 293-301.

OPAS – Organización Panamericana de La Salud. Epidemiología de los trastornos mentales em América Latina y El Caribe. Washington, D.C.: OPS, 2009.

Organização das Nações Unidas. Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil - PNUD Brasil, 2000. Disponível em URL: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH>

Patel V, Kleinman A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. Bulletin of World Health Organization, 81 (8), 2003.

Peluso MAM & Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. Clinics 60 2005;1:61-70.

Pinheiro L et al. Retrato das Desigualdades de gênero e raça. Ipea:SPM: UNIFEM, 2008, 36 p.

Pomerleau, OF et al. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse* 1995; 7(3): 373-368.

Possas C. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

Robins, LN et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:1069-1077.

Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Raven, 1998.

Santana, V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde (Secretaria de Saúde da Bahia)*, 2, 1982, p. 122.

Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25(1):214-222.

Sarriera, J.C., Schwarcz, C. & Câmara, S.G. Bem-estar psicológico: análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 1996;9:293-306.

Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde de Florianópolis. Disponível em URL: <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php>

Seguin CA. Migration and psychosomatic disadaptation. *Psychosom Med* 1956;18:404-9.

Seiler LH. The 22-Item Scale Used in Field Studies of Mental Illness: a Question of Method, a Question of Substance, and a Question of Theory. *Journal of Health and Social Behavior* 1973;14:252-264.

Spanemberg L, Juruena MF. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior R. *Psiquiatr. RS* 2004;26(3):300-311.

Spiro HR, Siassi I & Crocetti GM. What gets Surveyed in a Psychiatric Survey? *Journal of Nervous and Mental Disease* 1972;154:105-114.

Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.

Tarnopolsky A, Caetano R, Levav I. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en un suburbio industrial de Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1977;23:296-306.

Ulijaszek SJ, Kerrum DA. Anthropometrics measurement error and the assessment of nutritional status. *Brit J Nut* 1999;82(3):165-177.

Ustárroz LFL. Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS. Dissertação, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, 1997.

Valdiney VG, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV & Andrade PR. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2003;19(3):241-248.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs, SC, & Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 1997;26:224-227.

Wagner A, Ribeiro LS, Arteche AX & Bornholdt EA. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 1999;12:147-156.

WHO. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.

WHO. World Health Organization. A User's Guide to The Self-Reporting Questionnaire. Division of mental Health, World Health Organization. Geneva: WHO, 1994.

WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemics. WHO Technical Report Series, 894. Geneva: WHO, 1998.

WHO. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.

Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR et al. Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol. Rev Bras Psiquiatr 2006;28(2):142-8.

ANEXO A - SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SEU HUMOR, CONSIDERANDO COMO BASE O ÚLTIMO MÊS. AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTA SÃO SIM OU NÃO. POR FAVOR, RESPONDA TODAS AS QUESTÕES.		
127. Tem dores de cabeça frequentes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 1 ____	
128. Tem falta de apetite? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 2 ____	
129. Dorme mal? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 3 ____	
130. Assusta-se com facilidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 4 ____	
131. Tem tremores de mão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 5 ____	
132. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 6 ____	
133. Tem má digestão? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 7 ____	
134. Tem dificuldade de pensar com clareza? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 8 ____	

135. Tem se sentido triste ultimamente? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 9 ____
136. Tem chorado mais do que de costume? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 10 ____
137. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 11 ____
138. Tem dificuldades para tomar decisões? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 12 ____
139. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 13 ____
140. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 14 ____
141. Tem perdido o interesse pelas coisas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 15 ____
142. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 16 ____
143. Tem tido idéias de acabar com a vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 17 ____

144. Sente-se cansado o tempo todo? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 18 —
145. Tem sensações desagradáveis no estômago? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 19 —
146. Você se cansa com facilidade? (0) Não (1) Sim (9) IGN	SRQ 20 —

Entrevistadora:

[illegible]

ANEXO C - Carta de Apresentação do EpiFloripa Adulto 2009



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Projeto EpiFloripa 2009
Saúde da População de Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado (a) Senhor(a),

Entre os meses de agosto e dezembro de 2009 está sendo realizado um grande estudo sobre a Saúde da População de Florianópolis. Este estudo se chama *EpiFloripa 2009* e é coordenado por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo tem como principal objetivo fazer um retrato da saúde da população do município e poderemos identificar fatores de risco para diversas doenças e, assim, adotar medidas para preveni-las.

Sua casa está entre uma das aproximadamente 2.000 espalhadas pela cidade que fazem parte desta importante pesquisa. Todas as nossas entrevistadoras foram treinadas na Universidade Federal de Santa Catarina e estão qualificadas para esta função. Além disso, elas estão usando colete azul e crachá amarelo de identificação.

Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o(a) Senhor(a). Portanto, caso não possa responder às perguntas no momento em que a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista.

É muito importante que o(a) Senhor(a) e as demais pessoas que moram na sua residência participem, pois as residências sorteadas não poderão ser substituídas por outras. Contamos com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para o estudo e para termos um retrato fiel da saúde da população do nosso município.

Desde já agradecemos sua colaboração,

Prof. Dr. Marco Aurélio Peres
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva

Prof. Dra. Eleonora d'Orsi
Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANEXO D - Manual de Orientações (SRQ – 20)

Na aplicação do SRQ – 20, a entrevistadora deverá ficar sozinha com o entrevistado. Caso não seja possível, pedir que outras pessoas não interfiram durante o processo de entrevista.

Antes de iniciar as perguntas, deverá ser explicado que elas se referem a problemas e/ou dores que possam ter ocorrido com o entrevistado no período de 30 dias antes da pesquisa e pedir então, que o entrevistado se esforce para lembrar este período.

Explicar que as questões e respostas devem ser interpretadas pelo entrevistado, não sendo permitido discutir sobre as questões com outras pessoas. A entrevistadora não está autorizada a esclarecer dúvidas sobre as questões.

As alternativas de resposta são do tipo sim/não. Insistir para que o entrevistado, mesmo em caso de dúvida, dê a resposta que ele acredita que mais chegará perto da sua realidade.

Informados que devem responder sim ou não, em caso de dúvida sobre a questão, a entrevistadora pode repetir a questão mais uma vez.

As questões devem ser respondidas na sua ordem crescente, não sendo permitido pular questões. Se a pessoa que está sendo entrevistada, não lembrar a resposta ou não quiser informar a resposta de alguma questão, marcar a alternativa de número 9 IGN (ignorado), opção que deve ser evitada.

Em caso de dúvida nas respostas das questões anteriores, quando solicitada, a entrevistadora pode repetir o que foi respondido, não sendo permitido mudar a opção de resposta.

Orientar que o entrevistado espere que seja lida toda a questão para poder responder e dar início a entrevista.

ANEXO E - Formulário de Controle de Qualidade

CONTROLE DE QUALIDADE – FORMULÁRIO ÚNICO	
Telefone do entrevistado:	
Identificador da entrevista	Id_____
Nome do(a) Supervisor:	
Nome do(a) Entrevistador:	
Nome do(a) Entrevistado(a):	
Data do Controle de Qualidade: ____/____/____	
1. Número de pessoas residentes no domicílio com 15 anos e menos: _____	nl5_____
2. Qual sua data de nascimento? _____	____/____/____
3. Qual o principal trabalho que o (a) Sr.(a) realiza atualmente?	ptrab_____
4. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) mora neste bairro? 88 _____ anos _____ meses (999) IGN	tanomes_____*
5. Algum médico ou profissional de saúde já disse que o (a) Sr (a) tem Diabetes? (0) Não (1) Sim (9) IGN	cron4_____
6. Nos últimos três meses, o (a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (0) Não (1) Sim (9) IGN	vigaf1_____
7. O entrevistador verificou a sua pressão arterial? (0) Sim (1) Não	verpa_____
8. O(a) Sr.(a) já doou sangue alguma vez na sua vida? (0) Não (1) Sim (9) IGN	dsg1_____
9. Atualmente, o (a) Sr (a) sofre de alguma dor na maioria dos dias? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	dc1_____
10. O (a) Sr.(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) IGN	plan_____
11. O (a) Sr (a) usa chapa (dentadura, prótese total) ? (1) Sim (2) Não (9) IGN	usochapa_____
12. Nos últimos 30 dias, o (a) Sr(a) usou algum medicamento? (0) Não (1) Sim (99) IGN	usorem_____

* calcular o tempo em meses para preencher

ANEXO F - Formulário de Solicitação do Banco de Dados

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO
FLORIANÓPOLIS 2009
EPIFloripa2009

Formulário de solicitação de banco de dados

<i>Solicitante:</i>
<i>Data da solicitação:</i>
<i>Título do artigo (provisório):</i>
<i>Objetivos:</i>
<i>Variáveis a serem utilizadas (códigos como constam no questionário iniciando com o(s) desfecho(s)):</i>
<i>Breve descrição do plano de análise:</i>
<i>Autor principal e co-autores:</i>
<i>Opções de periódico(s)(em ordem de prioridade):</i>
<i>Prazo previsto para submissão:</i>

ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que será realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____
_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Auto-avaliação de Saúde e Fatores Associados em Adultos da Área Urbana de Florianópolis/SC, 2009” e me foi esclarecido que:

O estudo irá avaliar as condições de saúde da população de Florianópolis. Este será importante porque irá gerar informações úteis para a melhoria dos serviços de saúde.

Para conseguir os resultados desejados, será realizada uma entrevista e também serão medidos, pressão arterial, peso, altura e cintura que não causarão problemas à saúde. Para isso será necessário em torno de uma hora do seu tempo.

O benefício desta pesquisa será conhecer a realidade da saúde da saúde dos moradores de Florianópolis.

Se, no transcorrer da pesquisa, você tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar pode procurar o Prof. Marco Peres, responsável pela pesquisa no telefone 37219388.

As informações obtidas no estudo serão confidenciais, ou seja, seu nome não será mencionado e em caso de publicação científica, os seus dados serão analisados em conjunto.

Caso você desejar, poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o responsável pela pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto a dúvidas por mim apresentadas.

DECLARO, também que após devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido p que me foi explicado, consinto por mim livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o

presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando um em minha posse.

Florianópolis, ____/____/2009

Assinatura do Entrevistado

PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em adultos: estudo de base populacional em uma capital do Sul do Brasil.

Prevalence of Common Mental Disorders and associated factors in adults: a population-based study in Southern Brazil.

Título abreviado

Transtornos Mentais Comuns em Adultos Brasileiros

Abbreviated Title

Common Mental Disorders in Brazilian Adults

Ramona Sant Ana Maggi de Moraes¹

Walter Ferreira de Oliveira¹

Marco Aurélio Peres¹

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

Endereço para correspondência:

Ramona Sant`Ana Maggi de Moraes

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário - Trindade, Florianópolis, SC, Brazil, CEP: 88010-970

Tel: + 5548 33319046

Fax: + 5548 33319542

E-mail: rasmaggi@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em adultos de uma capital do Sul do Brasil.

Métodos: Inquérito de base populacional, realizado com 1.720 adultos de 20 a 59 anos de Florianópolis, Sul do Brasil. Os TMC foram rastreados através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). As variáveis independentes foram as demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e uso de serviços de saúde. A análise foi realizada através da regressão multivariável de Poisson e foram estimadas razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados: A prevalência de TMC foi de 15,2% (IC95% 12,9 – 17,5). A análise ajustada revelou que a prevalência foi maior entre as mulheres (RP: 2,7; IC95% 2,1-3,4), pretos (RP: 1,7; IC95% 1,3-2,2), baixa escolaridade (RP: 2,0; IC95% 1,4-2,8), mais pobres (RP: 1,6; IC95% 1,2-2,2) e em divorciados/separados/viúvos (RP: 1,5; IC95% 1,1-1,9).

Conclusões: A prevalência de TMC em Florianópolis foi a menor encontrada entre os inquéritos populacionais brasileiros, entretanto a sua distribuição é bastante desigual entre os grupos sociais. Estratégias de enfrentamento ao agravo devem considerar tais aspectos.

Palavras-chave: Transtornos Mentais Comuns; Epidemiologia; Estudos Transversais; Brasil.

Abstract

Purpose: Investigate the prevalence and factors associated with Common Mental Disorders (CMD) in adults in a capital city in Southern Brazil.

Methods: Population-based survey conducted on 1,720 adults aged 20 to 59 years from Florianópolis, Southern Brazil. The CMD were investigated through the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The independent variables were demographic, socioeconomic, health-related behaviors, health conditions and use of health services. For analysis multivariable Poisson regression was used and prevalence ratios (PR) were estimated and respective confidence levels of 95%.

Results: The prevalence of CMD was 15.2% (95%CI 12.9 – 17.5). The adjusted analysis showed that prevalence was higher among women (PR: 2.7; 95%CI 2.1-3.4), blacks (PR: 1.7; 95%CI 1.3-2.2), low level of schooling (PR: 2.0; 95%CI 1.4-2.8), poorer (PR: 1.6; 95%CI 1.2-2.2) and divorced/ separated/ widowed (PR: 1.5; 95%CI 1.1-1.9).

Conclusions: The prevalence of CMD in Florianópolis was the lowest found in the Brazilian population surveys. However, distribution is quite unequal among the social groups and strategies for tackling the problem should take these aspects into account.

Keywords: Common Mental Disorders; epidemiology; cross sectional studies; Brazil.

Introdução

A saúde mental, física e social são elementos da vida estreitamente entrelaçados e interdependentes, sendo indispensáveis ao bem-estar dos sujeitos e da sociedade. A saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, é capaz de lidar com o estresse normal da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade, embora na maior parte do mundo, tanto a saúde quanto as perturbações mentais são negligenciadas e não recebem a mesma atenção e importância dadas à saúde física [1].

O Relatório sobre a Saúde no Mundo elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) [1] em 2001 revelou que 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, entendidas como condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento do pensamento e emoções.

Pesquisa coordenada pela OMS [2] em países da América do Norte (Canadá e EUA), América Latina (Brasil e México) e Europa (Alemanha, Turquia e Holanda) que investigou a ocorrência de qualquer diagnóstico de transtorno mental durante a vida, identificou uma grande variação da prevalência destes agravos, de mais de 40% na população dos Estados Unidos e Holanda a 20% no México e 12,2% na Turquia.

No Brasil, estudo multicêntrico [3] realizado com adultos de 3 grandes capitais do país (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), demonstrou que a prevalência de transtornos mentais na população variou de 19% em São Paulo a 34% em Brasília e Porto Alegre. Os diagnósticos mais prevalentes foram transtorno de ansiedade (18%), transtornos relacionados ao uso de álcool (3%) e depressão, variando de 3% em São Paulo e Brasília e 10% em Porto Alegre.

Aproximadamente 90% dos casos de transtornos mentais são transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes [1,4]. A sintomatologia destas três categorias diagnósticas representadas através de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, caracterizam a expressão criada por Goldberg & Huxley [5] em 1992

denominada de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Nos estudos de base populacional realizados em países desenvolvidos, a prevalência de TMC variou de 7% a 30% [5]. No Brasil, estudos epidemiológicos de base populacional que pesquisaram a magnitude dos TMC envolvendo população adulta ainda são escassos. Pesquisa realizada em uma cidade de médio porte do extremo sul do Brasil verificou prevalência de TMC de 23,8% [6] em 1996 e de 28,5% em 2002 [7]. Estudo multicêntrico desenvolvido em 2002 em quatro áreas do mais populoso estado brasileiro [8] estimou prevalência de TMC em 17,4%. Uma análise dos TMC em uma grande cidade deste mesmo estado revelou prevalência de 17,4% [9].

A literatura tem apontado algumas características que se associam a prevalência de TMC. Estudos transversais realizados no Brasil evidenciaram que os TMC são mais frequentes entre mulheres [7-10], negros [7,8,11], indivíduos com baixa escolaridade [8,9,11-13], pobres [4,7-9,12], desempregados [11,13], naqueles com auto-percepção de saúde negativa [8,9], entre tabagistas e doentes crônicos [4,7,14].

Por serem frequentemente encontrados na comunidade, os TCM representam um alto custo social e econômico, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde [15], constituindo-se em um problema de saúde pública [11,16].

O presente estudo objetivou investigar a prevalência de TMC e sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e uso de serviços de saúde na população adulta de Florianópolis, sul do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, denominado *EpiFloripa Adulto 2009*, realizado para investigar as condições de saúde dos indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes na zona urbana de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, sul do Brasil. A cidade possui uma população de 408.161 habitantes [17], e destaca-se por ser a capital brasileira com o melhor índice de desenvolvimento humano (IDH), da ordem de 0,875 o que também a torna a quarta cidade brasileira

com a melhor qualidade de vida [18]. A taxa de analfabetismo em pessoas acima de 15 anos é de 3,6% [17]. A programação de saúde do município para o ano de 2010 está principalmente voltada à Atenção Primária de Saúde [19].

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina através do processo 351/08. Obteve-se consentimento informado de todos os participantes.

O tamanho da amostra foi calculado para estimar a prevalência de cada um dos desfechos investigados através do programa Epi-Info [20] considerando a população de referência [17] como de 249.530 adultos. Utilizou-se uma prevalência de desfecho desconhecidos (50%), um erro amostral de 3,5 pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Como o processo de amostragem foi realizado em dois estágios (*clusters*), a amostra obtida foi multiplicada por um efeito de delineamento (*deff*) estimado de 2, totalizando uma amostra de 1.562 pessoas.

As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários, (unidades de recenseamento do IBGE) e as unidades de segundo estágio foram os domicílios. Os 420 setores censitários urbanos existentes em Florianópolis, de acordo com o Censo de 2000 [21], foram estratificados em ordem crescente de renda do chefe da família, variando de R\$ 192,80 a R\$ 13.209,50 (moeda brasileira 1,00 R\$ = 1,7 U\$ em maio/2009), agregados em decis, cada um com 42 setores. Sorteou-se sistematicamente 60 setores, ou seja, 6 setores em cada decil de renda.

Todos os setores sorteados foram visitados pela equipe de supervisores da pesquisa a fim de atualizar o número de domicílios de cada setor. O número de domicílios habitados variou de 61 a 810 domicílios por setor. Com o intuito de reduzir o coeficiente de variação entre as unidades setoriais, que inicialmente era de 55% (n=60 setores), reorganizou-se os setores através de fusão e divisão destas unidades, totalizando 63 setores, obtendo-se uma redução do coeficiente de variação para 32% e desta forma permitindo a obtenção de uma amostra auto-ponderada. Dezesesseis mil setecentos e cinquenta e cinco domicílios compunham os 63 setores da amostra. Foram sorteados sistematicamente 18 domicílios em cada um dos 63 setores, totalizando 1.134 domicílios. Em virtude da disponibilidade de recursos financeiros, a amostra foi ampliada para 2.016 adultos ou

32 adultos em cada setor censitário.

Todas as pessoas na faixa etária de 20 a 59 anos de cada domicílio selecionado deveriam ter sido entrevistadas. Indivíduos institucionalizados ou com impedimento físico e/ou mental foram excluídos da pesquisa e as pessoas que se negaram participar, foram consideradas recusas. Consideraram-se perdidos indivíduos não localizados em domicílios visitados pelo menos quatro vezes, incluída, pelo menos, uma visita em finais de semana e outra noturna.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010, por meio de entrevistas individuais com aproximadamente uma hora de duração. A entrevista foi aplicada por meio de computadores de dimensões reduzidas - *Personal Digital Assistants* (PDAs). A equipe de trabalho de campo foi composta por 35 entrevistadoras aos quais se submeteram a programas de treinamentos e estudo piloto. O pré-teste do instrumento foi realizado em 30 adultos residentes em área de abrangência de uma Unidade de Saúde de Florianópolis. O estudo piloto incluiu aproximadamente 100 adultos residentes em setores censitários que não foram incluídos na pesquisa.

O desfecho

O instrumento utilizado para rastrear o desfecho deste estudo, Transtornos Mentais Comuns [5], foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) [22], validado em português do Brasil [14]. O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) foi aplicado através de entrevista face a face. Este instrumento consta de 20 perguntas distribuídas em 4 grupos de sintomas: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos [23]. As respostas a cada pergunta, o sim/não, se referiram ao período de 30 dias antes da realização da entrevista e cada resposta afirmativa pontuou com o valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de Transtorno Mental Comum, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado foi de 8 ou mais respostas positivas para ambos os sexos. Neste ponto de corte o instrumento apresentou sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% [24].

Variáveis independentes

Investigou-se a associação entre TMC e variáveis independentes demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, condição de saúde e uso dos serviços de saúde, como seguem: sexo (masculino/feminino); cor da pele heteroclassificada (branca, parda, preta – os indivíduos amarelos e indígenas foram excluídos da análise devido a apresentarem uma frequência diminuta; faixa etária (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59), escolaridade coletada em anos de estudos completos e posteriormente categorizada em 0 a 4, 5 a 8, 9 a 11, 12 ou mais anos; renda familiar *per capita* em Reais - R\$ referente ao total de ganhos de todas as naturezas, recebidos por todos os membros da família no mês anterior ao da entrevista e divididos pelo número de moradores do domicílio e categorizada em tercís; situação conjugal (casado/morando com companheiro, solteiro, divorciado/separado/viúvo); prática de atividade física no lazer (sim/não) conforme a metodologia descrita em Florindo et al. [25]; hábito de fumo (nunca fumou, ex-fumante, até 10 cigarros por dia, de 11 a 20 e mais do que 21); uso problemático de álcool (sim/não), IMC (em kg/m²), presença de pelo menos uma doença crônica (doença de coluna, artrite ou reumatismo, fibromialgia, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração ou cardiovascular, insuficiência renal crônica, depressão, esquizofrenia, tuberculose, tendinite ou tendossinovite, cirrose, acidente vascular cerebral, úlcera no estômago ou duodeno); auto-avaliação de saúde (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim) categorizada em positiva (muito boa e boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim), consulta médica nos últimos 15 dias (sim/não), internação hospitalar nos últimos 12 meses (sim/não).

Em relação ao uso de álcool, foi considerado uso problemático os indivíduos que pontuaram 8 ou mais no AUDIT [26] (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) validado para a população brasileira [27]. O estado nutricional foi mensurado através do Índice de Massa Corpórea (IMC), calculado através da divisão da massa corporal (kg) pelo quadrado da estatura (m) dos respondentes do estudo. As medidas antropométricas seguiram as padronizações internacionais [28]. Para aferição da massa corporal utilizou-se balança eletrônica marca GA.MA Italy Professional®, modelo HCM 5110M, com resolução de 100 gramas e capacidade de 150 kg, calibrada antes do início da pesquisa. A estatura foi aferida por meio de um estadiômetro

construído para o próprio estudo com uma fita métrica de resolução de 1mm. O IMC foi categorizado em eutrófico ($\leq 24,9$ Kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9 Kg/m²) e obeso (≥ 30 Kg/m²) segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde [29]. Agrupou-se à categoria eutrófico os 2% de sujeitos com baixo peso (IMC $\leq 18,5$ kg/m²). As mulheres grávidas ou que estavam no período puerperal não tiveram mensuradas suas medidas antropométricas.

O controle de qualidade da coleta dos dados foi realizado através da aplicação de um questionário reduzido pelos supervisores do estudo, via telefônica, em uma amostra sorteada de 15% das pessoas entrevistadas.

O arquivo final foi exportado para o programa STATA 9.0 onde foram realizadas todas as análises. Descreveu-se as características da população investigada, foi estimado o percentual das respostas positivas em cada questão do SRQ-20 estratificado por sexo e utilizou-se regressão de Poisson simples e múltipla para a estimação de razões de prevalência como medida de associação, com intervalos de confiança de 95%. Para as análises, utilizou-se o comando “svy” do Stata para amostragem complexa.

Para a entrada das variáveis exploratórias na análise seguiu-se um modelo hierarquizado [30]. As variáveis do Bloco I (demográficas) foram as primeiras a serem incluídas no modelo, estabelecendo relação temporal na determinação dos Transtornos Mentais Comuns. No bloco seguinte (Bloco II), foram incluídas as variáveis socioeconômicas que poderiam ser determinadas pelas variáveis do bloco superior, mantendo relação temporal e hipoteticamente causal com o desfecho, bem como os blocos seguintes: III - Comportamentos relacionados à saúde, IV - Condições de saúde e V - Uso dos serviços de saúde, hipoteticamente causais.

Todas as associações com $p \leq 0,20$ na análise bruta foram inseridas no modelo multivariável. O nível de significância foi testado por meio dos testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear.

Resultados

A taxa de resposta do estudo foi de 85,3% ou seja, 1.720

peças investigadas dentre as 2.016 previstas. A reprodutibilidade das variáveis do questionário aplicado para aferir qualidade da coleta de dados foi considerada satisfatória com valores de *kappa* e coeficiente de correlação intra-classes variando entre 0,6 a 0,9. O efeito do delineamento (*deff*) da variável TMC foi de 1,76, inferior, portanto, ao valor de 2 estimado para o cálculo do tamanho da amostra.

A prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população foi de 15,2% (IC95%: 12,9 - 17,5), mais alta no sexo feminino, pretos, idade entre 30 e 39 anos, que estudaram 4 anos ou menos, aqueles no primeiro tercil de renda, divorciados/separados/viúvos.

Mais da metade dos participantes do estudo era do sexo feminino, aproximadamente 90% brancos, 31,4% com idade entre 20 e 29 anos, relataram mais de 12 anos de estudo, 60,7% eram casados ou viviam com companheiro, mais da metade não praticavam atividade física no lazer e nunca haviam fumado, 81,6% apresentaram consumo de álcool de baixo risco, 51,3% com estado nutricional adequado, aproximadamente dois terços referiram pelo menos uma doença crônica, avaliaram sua saúde como positiva, não tiveram consulta médica nos quinze dias anteriores à entrevista e internação hospitalar nos 12 meses anteriores à entrevista, como mostra a Tabela 1.

A questão número 6 “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?” foi a mais pontuada (57,7%) e representou a mais alta prevalência de respostas positivas no sexo feminino (64%; IC95% 60,0 – 67,9) e no sexo masculino (49,3%; IC95% 44,9 – 53,8). A questão 17 “Tem tido idéias de acabar com a vida?” foi a menos pontuada na amostra (4% respostas sim) e também a menos prevalente, com 2,0% (IC95% 0,8-3,1) em homens e 5,5% (IC95% 3,7-7,3) em mulheres (Tabela 2).

A distribuição do número de respostas positivas segundo sexo está apresentada no Gráfico 1. Percebe-se que nenhum indivíduo respondeu positivamente todas as 20 questões do SRQ. Para o sexo masculino, mais de 70% dos entrevistados responderam nenhuma (26,5%) ou até 3 questões positivamente (45,3%). Nas mulheres, apenas 13,1% não pontuaram no instrumento e a partir de 4 respostas positivas, o escore se mantém mais elevado para este sexo.

Na análise bruta, apresentada na Tabela 3, observou-se

que os seguintes fatores associaram a presença de TMC: sexo feminino, cor de pele preta, situação conjugal divorciada/separada/viúva, menor escolaridade, menor renda, não praticantes de atividade física no lazer, fumantes (mais de 20 cigarros por dia), aqueles que avaliaram sua saúde negativamente, quem têm pelo menos uma doença crônica, quem consultou com o médico nos 15 dias anteriores a entrevista e quem teve internação hospitalar nos 12 meses anteriores a entrevista.

Apesar da variável faixa etária na análise bruta também possuir o p-valor para ser excluída da análise multivariável ($p=0,205$), esta se manteve por entender que pode ajustar as demais. No entanto, ao verificar que apresentara p-valor maior que 0,05 na análise ajustada pelas demais variáveis demográficas, foi retirada do modelo multivariável para ajuste com os demais blocos.

Observou-se que os seguintes fatores associaram a presença de TMC na análise ajustada: sexo feminino (RP: 2,7; IC95% 2,1-3,4), cor de pele preta (RP: 1,7; IC95% 1,3-2,2), baixa escolaridade (RP: 2,0; IC95% 1,4-2,8), baixa renda (RP: 1,6; IC95% 1,2-2,2), situação conjugal divorciada/separada/viúva (RP: 1,5; IC95% 1,1-1,9), não praticantes de atividade física no lazer (RP: 1,6; IC95% 1,3-2,1), fumantes (mais de 20 cigarros por dia) (RP: 2,6; IC95% 1,7-3,8), aqueles que avaliaram sua saúde negativamente (RP: 2,5; IC95% 2,0-3,1), quem têm pelo menos uma doença crônica (RP: 2,7; IC95% 1,8-3,9), quem consultou com o médico nos 15 dias anteriores a entrevista (RP: 1,3; IC95% 1,1-1,6) e quem teve internação hospitalar nos 12 meses anteriores a entrevista (RP:1,5; IC95% 1,1-2,0).

As variáveis: atividade física no lazer, presença de doença crônica, auto-avaliação de saúde e internação hospitalar foram confundidas parcialmente pelas variáveis dos blocos superiores.

Discussão

A prevalência de TMC em adultos de Florianópolis foi de 15,2% (IC95% 13,5 - 16,9), a menor prevalência dentre os inquéritos populacionais brasileiros publicados. Embora tenham investigado o mesmo desfecho na população adulta e utilizado o mesmo instrumento, os estudos [6-9] apresentam diferenças metodológicas relacionadas à categorização da faixa etária e o

ponto de corte no SRQ-20.

Conforme Harding et al. [31], o ponto de corte do SRQ-20 pode apresentar variação considerável, de 6 a 11, dependendo do contexto cultural em que é aplicado. Um dos motivos apontados para a diferença entre os sexos seria de que o ponto de corte menor para homens provavelmente deve-se a dificuldade destes em expressar questões emocionais e pessoais de qualquer natureza, não se relacionando com problemas inerentes ao instrumento [32]. No Brasil, a validação do SRQ-20 em meados da década de 1980 utilizou como ponto de corte 8 para ambos os sexos, com sensibilidade e especificidade de 83% e 80% respectivamente [14], mas sugeriu novos estudos. Após mais de 20 anos da validação do instrumento, os autores Gonçalves, Stein e Kapczinski [24] revalidaram o SRQ-20 concluindo que o ponto de corte de 8 ou mais respostas positivas é o mais adequado para ambos os sexos.

No presente estudo, a questão mais pontuada para ambos os sexos foi “Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?” que faz parte do grupo referente ao comportamento ansioso-depressivo e segundo Rosenfield [33], está relacionado com a redução do controle pessoal percebido sobre o meio social, por meio do qual, tanto o nível baixo de poder quanto a sobrecarga de demanda estariam associados à ocorrência destes sintomas psíquicos. A questão “Tem tido idéias de acabar com a vida?” foi a menos pontuada no SRQ-20 para os dois sexos, mesmo assim, fato que merece destaque é que a proporção no sexo feminino foi maior do que no masculino, revelando que 5,5% das mulheres de Florianópolis pensam em cometer suicídio, contra 2,0% dos homens. Este resultado vai ao encontro de outros estudos que apontam diferenças em relação ao sexo (homens cometem mais suicídio e as mulheres tentam o suicídio em maior proporção) e apresentam os conflitos relacionais e perdas interpessoais significativas fortemente associadas ao comportamento suicida, ocupando o papel de eventos desencadeadores [34]. Dados da OMS [35] mostram que os transtornos mentais estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se os transtornos do humor, a esquizofrenia e os transtornos da personalidade e relacionados a substâncias entre os mais frequentes.

Os resultados encontrados sobre a associação das

variáveis socioeconômicas e TMC foi maior em mulheres, negros, indivíduos com menor renda e menor escolaridade, compatíveis com resultados de outras análises [6-9], confirmando as desigualdades sociais em saúde que persistem e ampliam os diferenciais de saúde entre os segmentos sociais relacionados aos estratos socioeconômicos e diferenças de gênero, raça e etnia [9]. As desigualdades envolvem os principais sentimentos relacionados à depressão e a outros transtornos mentais, como humilhação, inferioridade, percepção de falta de controle sobre o meio e impotência [36].

A maior prevalência de TMC no sexo feminino pode estar relacionada a fatores biológicos, como mudanças de humor derivadas de alterações hormonais, por parte do ciclo menstrual e o pós-parto [1], e também relacionadas a questões de gênero. Alguns autores [37] relatam que o papel tradicional por elas desempenhado na sociedade, as responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem, uma participação cada vez mais essencial no trabalho, além das pressões impostas em virtude do alargamento dos seus papéis e de enfrentarem uma significativa discriminação sexual e a concomitante pobreza e violência doméstica e sexual, as mantêm em um ambiente de estresse [38].

Em relação aos comportamentos relacionados à saúde, a OMS [1] descreve que as pessoas que fumam têm cerca de duas vezes mais probabilidades de desenvolver transtornos mentais. A utilização habitual do tabaco começa entre as pessoas mais jovens, do sexo masculino, com perturbações de déficit de atenção [39] e os indivíduos com sintomas depressivos, presentes nos TMC, têm mais probabilidades de serem tabagistas [40]. Embora o pensamento tradicional tenha sido o de considerar que as pessoas deprimidas tendem a fumar mais devido aos seus sintomas, novos indícios mostram que pode ocorrer justamente o contrário. Como o desenho do estudo foi do tipo transversal, não foi possível estabelecer se o hábito de fumar precede o TMC ou o contrário. Sejam quais forem as razões, não há dúvida quanto ao fato de que as pessoas com perturbações mentais põem a sua saúde ainda mais em perigo ao fumar excessivamente.

Embora estudos demonstrem que exista relação entre pacientes com transtorno de ansiedade e histórias de dependência de álcool, bem como haja uma co-morbidade entre depressão e

indivíduos que fazem uso de álcool e outras substâncias [41], neste estudo a relação entre TMC e uso problemático de álcool não foi estabelecida, sugerindo que esta associação possa ser explorada através de novos estudos em Florianópolis.

Os benefícios físicos e psicossociais resultantes dos padrões adequados de atividade física são confirmados pela literatura científica: aumento da força muscular; melhora do condicionamento cardiorrespiratório; redução de gordura; melhora do humor e da auto-estima; e redução da ansiedade e depressão [42], sendo um fator de proteção para TMC. Por outro lado, os padrões inadequados da sua prática se relacionam com inúmeros agravos, como estado nutricional inadequado verificado pelo aumento da prevalência da obesidade nas últimas décadas; e por ser um dos fatores de risco envolvidos na determinação de um conjunto de doenças crônicas [43]. Essas situações complexas em que um agravo físico traz consequências psicossociais ao nível do indivíduo, da família e da comunidade exigem uma melhor avaliação, a fim de determinar o seu impacto sobre a saúde mental [44]. Neste estudo, os indivíduos que relataram ter pelo menos uma doença crônica, tiveram uma prevalência 170% maior de Transtornos Mentais Comuns do que aqueles que referiram não ter doença crônica, mesmo após ajuste pelos blocos socioeconômico e demográfico, além desta condição ter estreita relação com a auto-percepção de saúde, sendo influenciada negativamente pela cronicidade das doenças.

As limitações da presente pesquisa se relacionam ao fato de que a mesma não foi desenvolvida especificamente para avaliar os TMC, tratando-se de um estudo mais abrangente sobre a saúde da população adulta, desta forma não permitiu um maior aprofundamento sobre esta temática. Os pontos fortes desta pesquisa incluem a alta taxa de resposta ao inquérito; a representatividade do estudo, pois as características demográficas (sexo e faixa etária) dos participantes coincidem com a estimativa populacional do IBGE para Florianópolis em 2009; emprego de instrumentos validados e padronizados no Brasil e em outros países e adequada reprodutibilidade das questões. Além disso, os resultados das associações entre os TMC e os 5 blocos de variáveis exploratórias analisadas, indicam que as estratégias para minimizar os TMC ultrapassam o escopo da assistência à saúde, principalmente nos blocos demográfico e socioeconômico.

Como os resultados representam a distribuição dos TMC na população, espera-se que eles contribuam para o entendimento qualificado do problema, por parte dos profissionais e gestores, e que reflita na prática da programação e do planejamento das ações intersetoriais relacionadas à saúde mental no município de Florianópolis.

Pode-se concluir que adultos de Florianópolis apresentaram elevada prevalência de TMC, contudo foi a menor encontrada dentre os estudos de base populacional realizados no Brasil. As razões para este resultado não são claras, embora algumas hipóteses, principalmente relacionadas com as variáveis sociodemográficas, possam explicar este fato, pois demonstraram que a população de Florianópolis apresenta renda *per capita* familiar alta, altos níveis de escolaridade para o padrão brasileiro, além de ser a capital brasileira com melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estar entre as primeiras capitais com maior qualidade de vida do Brasil [19] e apresentar baixos índices de violência por homicídios [45], o que pode ter influenciado na prevalência de TMC.

Financiamento

Este artigo é originário do Projeto *EpiFloripa Adulto 2009* – Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Adultos de Florianópolis, Brasil. O projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número 485327/2007-4 e desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Agradecimentos

À Professora Dra. Nilza Nunes de Souza, Departamento de Epidemiologia, da Faculdade de Saúde Pública da USP pelas contribuições nos procedimentos de amostragem.

Aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio nos aspectos práticos do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, na modalidade de bolsa

de mestrado, concedido ao primeiro autor deste estudo.

Referências

1. World Health Organization (2001) The World Health Report 2001: Mental health new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.
2. World Health Organization, International Consortium of Psychiatric Epidemiology (2000) Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 78: 413-26.
3. Almeida-Filho N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 171:524-9.
4. Mari JJ, Williams P (1985) A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ- 12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 15:651-9.
5. Goldberg D & Goodyer I (2005) The origins and course of common mental disorders. Routledge, Londres.
6. Ustároz LFL (1997) Eventos estressantes, insatisfação na vida e morbidade psiquiátrica menor em Pelotas, RS. Dissertação, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas
7. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. (2002) Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 5(2):164-73.
8. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP; Barros MBA; Goldbaum M (2005) Saúde e Condição de Vida em São Paulo - Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP.
9. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M (2008) As Dimensões da Saúde. Inquérito populacional em Campinas, SP. *Saúde em Debate*, v.184. Aderaldo & Rothschild, São Paulo.
10. Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgallarrondo P, Botega NJ (2007) Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 29(3):250-3.
11. Costa AG, Ludermir AB (2005) Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 21(1).

12. Ludermir AB, Melo Filho DA (2002) Condições de Vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica* 36(2):213-21.
13. Ludermir AB (2005) Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Br J Psychiatry* v. 54 (3): 198-204.
14. Mari JJ, Williams P (1986) A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 148:23-6.
15. Lima MS (1999) Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 21 Suppl 1:1-5.
16. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. (2002) Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saude Publica* 36(4).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009) Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. IOP Publishing IBGE.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_DOU.pdf. Accessed 10 March 2010.
18. Organização das Nações Unidas. Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil - PNUD Brasil, 2000. IOP Publishing PNUD.
[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Accessed 10 March 2010.
19. Secretaria Municipal de Saúde. Programação Anual de Saúde de Florianópolis. IOP Publishing SMS.
<http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=govgestao&menu>. Accessed 10 June 2010.
20. Dean AG, Dean JA, Colambier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH et al. (1994) Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention.
21. IBGE (Instituto Brasileiro de Geo). Manual do Recenseador – Censo 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
22. World Health Organization (1994) A User's Guide to The Self-Reporting Questionnaire. Geneva, Division of mental Health, World Health Organization.

23. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF (2009) Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad Saúde Pública* 25(1):214-222.
24. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F (2008) Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública* 24(2):380-390.
25. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC (2009) Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43,65-73.
26. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. (2001) AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva, World Health Organization.
27. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, & Prince M (2005) Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism* 40:584-589.
28. Lohman TG, Roche AF & Martorell R (1988) Anthropometric Standardization Reference Manual. Human Kinetics Books, Champaign.
29. World Health Organization (1998) Obesity: preventing and managing the global epidemics. Geneva: WHO Technical Report Series, 894.
30. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT (1997) The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 26(1):224-7
31. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. (1980) Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 10:231-41.
32. Mari JJ, Williams P (1986) Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis* 39:371-8.
33. Rosenfield, S (1989) The effects of women's employed: personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 30: 77-91.
34. Prieto D, Tavares M (2005) Risk factors for suicide and suicide attempt: incidence, stressful events and mental disorders *J Bras Psiquiatr* 54(2): 146-154.
35. World Health Organization (2000) Preventing suicide: a resource for general physicians. In: *Mental and Behavioral Disorders*. Geneva, Department of Mental Health, World Health Organization.

36. Ludermir AB (2008) Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 18(3):451-467.
37. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ (1999) Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 26, n.5.
38. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ (1996) Stressful life events and minor psychiatric disorders: na estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based Study. *Int J Psychiatry Med* 26:211-22.
39. Pomerleau, OF e col. (1995) Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse* 7(3): 373-368.
40. Lasser, K e col. (2000) Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association* 284: 2606-2610.
41. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR et al. (2006) Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs (ABEAD) for diagnoses and treatment of psychiatric comorbidity with alcohol. *Rev Bras Psiquiatr* 28 (2):142-8.
42. Peluso MAM & Andrade LHSG (2005) Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 60 (1):61-70.
43. Centers for Disease Control and Prevention (2000) Compliance with physical activity recommendations by walking for exercise – Michigan, 1996 and 1998. *IOP Publishing Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 49(25):560-65. <http://www.cdc.gov/mmwr>. Accessed 10 June 2010.
44. Brasil, Ministério da Saúde, SVS/SAS/Inca (2004) Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis – Brasil: 15 capitais e Distrito Federal, 2002/2003. Rio de Janeiro, Inca.
45. Waiselfisz JJ (2010) Mapa da Violência 2010 – Anatomia dos Homicídios no Brasil. Instituto Sangari, São Paulo.

Tabela 1. Distribuição das variáveis exploratórias incluídas no estudo e prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adultos de Florianópolis, SC, 2009.

Variável	Distribuição da Amostra		TMC	
	<i>n</i>	%	Prevalência (%)	IC _{95%}
Sexo (<i>n</i> = 1720)				
Masculino	761	44,2	8,0	6,1-9,9
Feminino	959	55,8	20,9	17,4-24,4
Cor da pele* (<i>n</i> = 1712)				
Branca	1534	89,6	14,6	12,2-16,9
Parda	99	5,8	16,2	7,1-25,2
Preta	79	4,6	25,6	18,2-33,1
Faixa etária (anos) (<i>n</i> = 1720)				
20 a 29 anos	540	31,4	12,8	9,4-16,2
30 a 39 anos	392	22,8	16,5	12,7-20,3
40 a 49 anos	438	25,5	16,4	12,8-19,9
50 a 59 anos	350	20,3	15,9	11,2-20,5
Escolaridade (anos de estudo) (<i>n</i> = 1716)				
≥12	737	43,0	10,7	8,2-13,2
9 a 11	568	33,1	15,1	11,6-18,5
5 a 8	253	14,7	20,9	14,8-27,0
≤4	158	9,2	27,5	20,5-34,4
Renda per capita tercis (<i>n</i> = 1685)				
1º	564	33,5	20,9	16,8-25,1
2º	562	33,3	15,6	12,8-18,4

3º	559	33, 2	9,6	6,8-12,5
Situação Conjugal (n= 1720)				
Casado/companheiro	1043	60, 7	14,8	12,1-17,5
Solteiro	503	29, 2	12,7	10,0-15,5
Divorciado/separado/viúvo	174	10, 1	24,3	17,6-31,0
Atividade física no lazer (n= 1718)				
Sim	806	47, 0	9,2	7,0-11,4
Não	912	53, 0	20,5	17,3-23,6
Hábito de fumo (n=1711)				
Nunca fumou	926	54, 1	12,6	9,7-15,5
Ex-fumante	449	26, 3	15,6	11,8-19,4
Até 10 cigarros por dia	158	9,2	21,3	15,3-27,2
De 11 a 20 cigarros por dia	132	7,7	16,2	10,1-22,2
Mais de 20 cigarros por dia	46	2,7	37,8	23,1-52,5
Uso problemático de álcool (n= 1720)				
Não	1403	81, 6	15,5	12,8-18,1
Sim	317	18, 4	14,0	10,0-18,0
Estado Nutricional** (n=1678)				
Eutrófico	843	51, 3	14,2	11,4-17,0
Sobrepeso	530	32, 2	14,1	10,9-17,4
Obesidade	271	16, 5	18,1	12,6-23,6
Presença de Doença Crônica (n=1710)				
Não	611	35, 7	5,3	3,2-7,3
Sim	1099	64, 3	20,7	18,3-23,2
Auto-avaliação de saúde (n= 1720)				

Positiva	1373	79,8	9,4	7,6-11,2
Negativa	347	20,2	38,4	33,9-43,9
Consulta médica últimos 15 dias (n=1717)				
Não	1237	72,0	12,2	10,0-14,4
Sim	480	28,0	22,2	18,7-26,9
Internação hospitalar no último ano (n= 1717)				
Não	1602	93,3	13,8	11,5-16,1
Sim	115	6,7	33,9	24,3-43,5
Total	1687	100	15,2	13,5-16,9

* Excluídos da análise 4 indivíduos amarelos e 4 indivíduos indígenas;

Tabela 2. Distribuição das respostas positivas no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ₂₀), frequência absoluta, proporções e Intervalo de Confiança (IC95%) segundo sexo em adultos de Florianópolis, SC, 2009.

SRQ ₂₀	Respostas Positivas			Homens			Mulheres		
	<i>n</i>	%	IC _{95%}	<i>n</i>	%	IC _{95%}	<i>n</i>	%	IC _{95%}
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	483	28,1	25,5-30,7	136	17,9	15,0-21,0	347	36,3	32,1-40,4
2. Tem falta de apetite?	182	10,6	8,7-12,5	57	7,5	5,5-9,5	125	13,1	10,5-15,6
3. Dorme mal?	503	29,3	26,8-31,9	175	23,0	19,5-26,5	328	34,3	31,2-37,3
4. Assustase com facilidade?	436	25,4	23,1-27,6	75	9,9	8,0-11,7	361	37,7	34,3-41,1
5. Tem tremores de mão?	210	12,2	10,5-13,9	80	10,5	8,6-12,5	130	13,6	11,0-16,2
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	987	57,5	54,0-61,0	375	49,3	44,9-53,8	612	64,0	60,0-67,9
7. Tem má digestão?	292	17,0	14,7-19,3	81	10,7	8,3-13,0	211	22,0	19,0-25,0
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	275	16,0	13,6-18,4	88	11,6	8,9-14,2	187	19,5	16,3-22,8
9. Tem se sentido triste ultimamente?	454	26,4	23,6-29,3	155	20,4	17,1-23,7	299	31,2	27,7-34,8

10. Tem chorado mais do que de costume?	239	13,9	11,9-15,9	49	6,4	4,3-8,6	190	19,8	17,0-22,7
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	340	19,8	17,2-22,3	117	15,4	12,7-18,0	223	23,3	20,0-26,5
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	433	25,2	22,7-27,7	146	19,2	16,1-22,3	287	30,0	26,4-33,5
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	183	10,8	8,7-12,9	70	9,3	6,7-11,9	113	12,1	9,5-14,6
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	83	4,8	3,4-6,3	20	2,6	1,3-3,9	63	6,6	4,6-8,6
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	244	14,2	12,1-16,3	83	10,9	8,7-13,1	161	16,8	13,8-19,8
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	81	4,7	3,6-5,8	16	2,1	1,0-3,1	65	6,8	5,1-8,4

17. Tem tido idéias de acabar com a vida?	68	4,0	2,8- 5,1	15	2,0	0,8- 3,1	53	5,5	3,7- 7,3
18. Sente-se cansado o tempo todo?	310	18,0	15,5- 20,6	78	10,3	7,7- 12,8	232	24,2	20,9- 27,6
19. Tem sensações desagradáve is no estômago?	342	19,9	17,2- 22,6	126	16,6	13,5- 19,7	216	22,6	19,0- 26,1
20. Você se cansa com facilidade?	439	25,6	22,9- 28,3	123	16,2	12,9- 19,5	316	33,0	29,2- 26,8

Gráfico 1. Distribuição do escore das respostas positivas no SRQ-20 na população adulta de Florianópolis, SC, 2009. Segundo sexo.

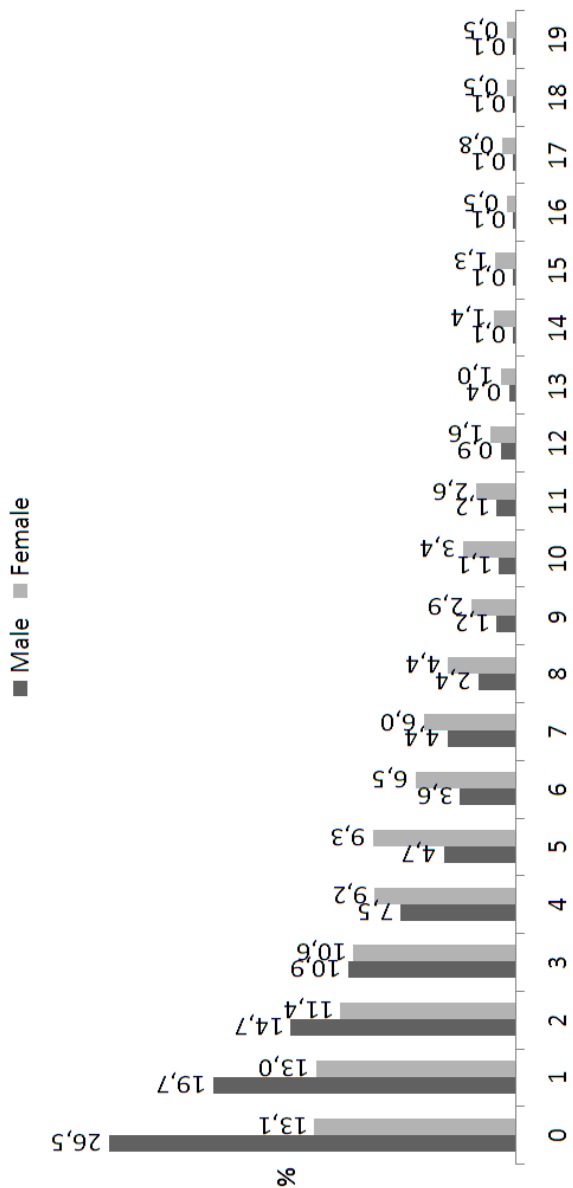


Tabela 3. Associação entre TMC e variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, condições de saúde e uso de serviço em adultos. Análise bruta e multivariável de Poisson, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC95%). Florianópolis, SC, 2009.

Nível	Variável	Análise Bruta		Análise Multivariável	
		RP (IC95%)	p- valor	RP (IC95%)	p- valor
1	Sexo		<0,001		<0,001
	Masculino	1,0		1,0	
	Feminino	2,6 (2,0-3,4)		2,7 (2,1-3,4)	
1	Cor da pele		0,004		0,001
	Branca	1,0		1,0	
	Parda	1,2 (0,8-1,8)		1,3 (0,8-2,1)	
	Preta	1,6(1,2-2,3)		1,7 (1,3-2,2)	
1	Faixa etária (anos)		0,205*		0,390*
	20 a 29 anos	1,0		1,0	
	30 a 39 anos	1,3 (1,0-1,7)		1,2 (0,9-1,7)	
	40 a 49 anos	1,3 (0,9-1,8)		1,2 (0,9-1,7)	
	50 a 59 anos	1,2 (0,9-1,8)		1,2 (0,8-1,8)	
2	Escolaridade (anos de estudo)		<0,001*		<0,001*
	≤4	2,6 (1,8-3,6)		2,0 (1,4-2,8)	
	5 a 8	1,9 (1,4-2,7)		1,6 (1,1-2,2)	
	9 a 11	1,4 (1,0-1,9)		1,3 (0,9-1,8)	
	≥12	1,0		1,0	

2	Renda per capita tercís		<0,001*	0,005*
	1º	2,2 (1,6-2,9)		1,6 (1,2-2,2)
	2º	1,6 (1,2-2,3)		1,5 (1,0-2,0)
	3º	1,0		1,0
2	Situação Conjugal		<0,001	0,021
	Casado/compañheiro	1,0		1,0
	Solteiro	0,9 (0,7-1,1)		1,0 (0,8-1,3)
	Divorciado/separado/viúvo	1,6 (1,3-2,1)		1,5 (1,1-1,9)
3	Atividade física no lazer		<0,001	<0,001
	Sim	1,0		1,0
	Não	2,2 (1,7-2,8)		1,6 (1,3-2,1)
3	Hábito de fumo		<0,001	0,002
	Nunca fumou	1,0		1,0
	Ex-fumante	1,2 (0,9-1,6)		1,3 (1,0-1,7)
	Até 10 cigarros por dia	1,7 (1,2-2,4)		1,5 (1,0-2,1)
	De 11 a 20 cigarros por dia	1,3 (0,8-2,0)		1,3 (0,8-1,9)
	Mais de 20 cigarros por dia	3,0 (2,0-4,6)		2,6 (1,7-3,8)
3	Uso problemático de álcool		0,539*	_____
	Não	1,0		_____
	Sim	0,9 (0,6-1,2)		_____

4	Estado Nutricional		0,224 [*]	——
	Eutrófico	1,0		——
	Sobrepeso	1,0 (0,8-1,3)		——
	Obesidade	1,2 (0,9-1,7)		——
4	Presença de Doença Crônica		<0,001	<0,001
	Não	1,0		1,0
	Sim	3,9 (2,7-5,6)		2,7(1,8-3,9)
4	Auto-avaliação de saúde		<0,001	<0,001
	Positiva	1,0		1,0
	Negativa	4,1 (3,3-5,0)		2,5 (2,0-3,1)
5	Consulta médica últimos 15 dias		<0,001	0,003
	Não	1,0		1,0
	Sim	1,9 (1,5-2,3)		1,3 (1,1-1,6)
5	Internação hospitalar último ano		<0,001	0,022
	Não	1,0		1,0
	Sim	2,5 (1,8-3,4)		1,5 (1,1-2,0)

^{*}Valor de p de tendência linear; ^{**}Excluídos da análise multivariável pois p-valor >0,20.